

2027

Manual del miembro

El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP)

Área de servicio: El Paso, Texas

Vigente del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027



H3407_27004MH_C SPAN

1 de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027

Su cobertura de salud y medicamentos con El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP)

Introducción al Manual para miembros

Este *Manual para miembros*, también conocido como *Evidencia de cobertura*, le informa sobre su cobertura con nuestro plan hasta el 31 de diciembre **de 2027**. **Explica los** servicios de atención médica, los servicios *de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)*, la *cobertura de medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo, según sean necesarios*). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual para miembros*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando este *Manual para miembros* dice «nosotros», «nos», «nuestro» o «nuestro plan», se refiere a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP).

Este documento está disponible gratuitamente en español.

Puede obtener este documento gratuitamente en otros formatos, como letra grande, braille y/o audio, llamando a Servicios para Miembros al número que aparece al pie de esta página. La llamada es gratuita.

- Puede solicitar su idioma de preferencia, distinto del inglés, y/o un formato alternativo llamando a Servicios para Miembros al, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
- Mantendremos un registro del idioma de preferencia y/o las preferencias de formato de nuestros miembros, y conservaremos esta información como una solicitud permanente para futuros envíos por correo y comunicaciones. Esto garantiza que nuestros miembros no tengan que hacer una solicitud por separado cada vez.
- Si desea cambiar una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros al 1-833-497-7710, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Aprobación de OMB 0938-1444 (Vence: 5/31/2029)

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Avisos legales

- ❖ La cobertura de este Manual para miembros forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.
- ❖ El contrato está vigente durante los meses en que esté inscrito en El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.
- ❖ Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir 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 Medicare Align (HMO D-SNP) cada año. Puede seguir recibiendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciéndolo y Medicare renueve su aprobación. Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, nuestra red de farmacias y/o nuestra red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro.....	8
INTRODUCCIÓN	8
SECCIÓN A Bienvenido a nuestro plan	8
SECCIÓN B Información sobre Medicare y STAR+PLUS.....	9
SECCIÓN C Ventajas de nuestro plan	10
SECCIÓN D Área de servicio de nuestro plan	10
SECCIÓN E Requisitos para ser elegible como miembro del plan	11
SECCIÓN F Qué esperar al inscribirse por primera vez en nuestro plan de salud	12
SECCIÓN G Su equipo de coordinación de servicios y su plan de servicios	12
SECCIÓN H Resumen de costos importantes.....	13
SECCIÓN I Este Manual para miembros.....	15
SECCIÓN J Otra información importante que recibe de nosotros	15
SECCIÓN K Cómo mantener actualizado su registro de membresía	19
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos.....	21
INTRODUCCIÓN	21
SECCIÓN A Servicios para Miembros.....	21
SECCIÓN B Su coordinador de servicios	24
SECCIÓN C Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre la Salud (HICAP).....	26
SECCIÓN D Organización para la Mejora de la Calidad Centrada en los Beneficiarios y sus Familias (BFCC-QIO)	27
SECCIÓN E Medicare	28
SECCIÓN F STAR+PLUS.....	29
SECCIÓN G Oficina del Defensor del Pueblo de HHS	30
SECCIÓN H Oficina del Defensor del Pueblo para la Atención a Largo Plazo de Texas.....	30
SECCIÓN I Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos.....	31
SECCIÓN J Seguro Social.....	33
SECCIÓN K Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	34

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Índice

SECCIÓN L	Seguro colectivo u otro seguro de un empleador	35
SECCIÓN M	Otros recursos	35

CAPÍTULO 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos 37

INTRODUCCIÓN	37
SECCIÓN A Información sobre servicios y proveedores	37
SECCIÓN B Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan	38
SECCIÓN C Su coordinador de servicios	39
SECCIÓN D Atención de proveedores.....	40
SECCIÓN E Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	45
SECCIÓN F Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	45
SECCIÓN G Cómo obtener servicios dirigidos por el consumidor	45
SECCIÓN H Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT)	46
SECCIÓN I Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre.....	48
SECCIÓN J Qué sucede si le facturan directamente por servicios cubiertos	51
SECCIÓN K Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica.....	52
SECCIÓN L Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención de la salud no médica.....	54
SECCIÓN M Equipo médico duradero (DME)	55

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios 58

INTRODUCCIÓN	58
SECCIÓN A Sus servicios cubiertos.....	58
SECCIÓN B Reglas que prohíben a los proveedores cobrarle por los servicios.....	58
SECCIÓN C Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	59
SECCIÓN D Tabla de beneficios de nuestro plan	62
SECCIÓN E Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	120
SECCIÓN F Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare, STAR+PLUS o Medicaid de pago por servicio	120

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Índice**CAPÍTULO 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios 123**

INTRODUCCIÓN	123
SECCIÓN A Cómo surtir sus recetas	125
SECCIÓN B Lista de medicamentos de nuestro plan.....	130
SECCIÓN C Límites para algunos medicamentos	134
SECCIÓN D Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	136
SECCIÓN E Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	140
SECCIÓN F Cobertura de medicamentos en casos especiales	143
SECCIÓN G Programas de seguridad y manejo de medicamentos	144

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS 148

INTRODUCCIÓN	148
SECCIÓN A La Explicación de beneficios (EOB)	149
SECCIÓN B Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos	151
SECCIÓN C Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	152
SECCIÓN D Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial.....	156
SECCIÓN E Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica	159
SECCIÓN F Los costos de sus medicamentos si su médico receta menos de un suministro para un mes completo	159
SECCIÓN G Lo que paga por las vacunas de la Parte D.....	160

**CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por
servicios o medicamentos cubiertos 163**

INTRODUCCIÓN	163
SECCIÓN A Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	163
SECCIÓN B Cómo enviarnos una solicitud de pago	167
SECCIÓN C Decisiones de cobertura	167
SECCIÓN D Apelaciones	168

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades..... 169

INTRODUCCIÓN	169
--------------------	-----

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Índice

SECCIÓN A	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades.....	169
SECCIÓN B	Nuestra responsabilidad de brindarle acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	170
SECCIÓN C	Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	171
SECCIÓN D	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	173
SECCIÓN E	Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente	175
SECCIÓN F	Su derecho a abandonar nuestro plan.....	175
SECCIÓN G	Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	175
SECCIÓN H	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones.....	178
SECCIÓN I	Sus responsabilidades como miembro del plan	179

CAPÍTULO 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 181

INTRODUCCIÓN	181
SECCIÓN A	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 182
SECCIÓN B	Dónde obtener ayuda 183
SECCIÓN C	Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y STAR+PLUS en nuestro plan 184
SECCIÓN D	Problemas con sus beneficios 185
SECCIÓN E	Decisiones de cobertura y apelaciones.....185
SECCIÓN F	Atención médica.....188
SECCIÓN G	Medicamentos de la Parte D de Medicare 202
SECCIÓN H	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada 215
SECCIÓN I	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos 219
SECCIÓN J	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 223
SECCIÓN K	Cómo presentar una queja 227

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Índice

CAPÍTULO 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	232
INTRODUCCIÓN	232
SECCIÓN A Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan.....	232
SECCIÓN B Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	234
SECCIÓN C Cómo recibir servicios de Medicare y STAR+PLUS por separado	235
SECCIÓN D Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	239
SECCIÓN E Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan	240
SECCIÓN F Reglas que prohíben pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud.....	241
SECCIÓN G Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	241
SECCIÓN H Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan.....	242
CAPÍTULO 11: Avisos legales.....	243
INTRODUCCIÓN	243
SECCIÓN A Aviso sobre las leyes.....	243
SECCIÓN B Aviso sobre la no discriminación	243
SECCIÓN C Aviso sobre Medicare como pagador secundario y STAR+PLUS como pagador de último recurso	244
CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes	245
INTRODUCCIÓN	245

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

INTRODUCCIÓN

Este capítulo incluye información sobre El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), un plan de salud que *cubre* todos sus servicios de Medicare y STAR+PLUS, y sobre su membresía en él. También le indica qué esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

SECCIÓN A Bienvenido a nuestro plan

¡Gracias por elegir El Paso Health! Nos complace darle la bienvenida a nuestra familia de El Paso Health. Recibirá beneficios y servicios cubiertos de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que forman parte de la red de proveedores de El Paso Health. El plan El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) trabaja en colaboración con sus proveedores para satisfacer sus necesidades de atención médica. El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) es un Plan Integrado de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad que brinda servicios a personas elegibles para Medicare y STAR+PLUS Medicaid. El Paso Health proporcionará o coordinará la disponibilidad de los servicios cubiertos para los miembros que se inscriban en el plan de salud.

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y STAR+PLUS a personas elegibles para ambos programas que se encuentran dentro de nuestra área de servicio del condado de El Paso. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con un equipo de coordinación de servicios para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

SECCIÓN B Información sobre Medicare y STAR+PLUS

Sección B.1 Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

Sección B.2 STAR+PLUS

STAR+PLUS es el nombre del programa de Medicaid de Texas. STAR+PLUS es administrado por HHSC y financiado por Texas y el gobierno federal. STAR+PLUS ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y otros costos médicos. Cubre servicios y medicamentos que Medicare no cubre.

Cada estado decide:

- qué se considera como ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que sigan las reglas federales.

Medicare y HHSC de Texas aprobaron nuestro plan. Puede recibir servicios de Medicare y STAR+PLUS a través de nuestro plan siempre que:

- decidamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y HHSC de Texas nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y STAR+PLUS no se verá afectada.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

SECCIÓN C Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos sus servicios cubiertos de Medicare y STAR+PLUS de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No paga un costo adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y STAR+PLUS funcionen mejor juntos y respondan mejor a sus necesidades. Algunas de las ventajas incluyen:

- Puede trabajar con nosotros para **la mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de coordinación de servicios que usted ayuda a formar. Su equipo de coordinación de servicios puede incluirlo a usted, su cuidador, médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de servicios. Esta persona trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de coordinación de servicios para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de coordinación de servicios y su coordinador de servicios.
- **Su** equipo de coordinación de servicios y su coordinador de servicios trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de coordinación de servicios ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de coordinación de servicios se asegura de que:
 - Sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para que puedan asegurarse de que esté tomando los medicamentos correctos y puedan reducir los efectos secundarios que pueda tener a causa de ellos.
 - Los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

SECCIÓN D Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye el condado de El Paso.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio.

Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

SECCIÓN E Requisitos para ser elegible como miembro del plan

Es elegible para nuestro plan siempre que:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas viven en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente dentro de ella), **y**
- tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o una persona que no es ciudadana pero es elegible, **y**
- sea actualmente elegible para STAR+PLUS **y** cumpla al menos uno de los siguientes requisitos:
 - tenga una discapacidad física o mental y reúna los requisitos para recibir Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), **o**
 - reúna los requisitos para STAR+PLUS HCBS; **y**
- NO esté inscrito en uno de los siguientes programas de exención 1915(c):
 - Servicios de Asistencia y Apoyo para la Vida en la Comunidad (CLASS)
 - Programa para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
 - Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)
 - Programa Texas Home Living (TxHmL)
- Si pierde su elegibilidad para STAR+PLUS, pero se prevé que la recuperará dentro de 3 meses, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP). Cuando finalice su cobertura de STAR+PLUS, no pagaremos sus beneficios de STAR+PLUS.
- Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para STAR+PLUS. Si se restablece su elegibilidad para STAR+PLUS mientras sigue inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, volveremos a pagar sus beneficios de STAR+PLUS y continuará su inscripción con nosotros. Si no puede recuperar STAR+PLUS dentro de 3 meses, cancelaremos su inscripción en El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP). Si

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

recupera su elegibilidad para STAR+PLUS después de que se haya cancelado su inscripción, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

SECCIÓN F Qué esperar al inscribirse por primera vez en nuestro plan de salud

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

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completarla mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo. También nos comunicaremos con usted al menos una vez al año para determinar si alguna de sus necesidades ha cambiado.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

SECCIÓN G Su equipo de coordinación de servicios y su plan de servicios

Sección G.1 Equipo de coordinación de servicios

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

Un coordinador de servicios es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Se le asigna un coordinador de servicios cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo remite a otros recursos de la comunidad que nuestro plan quizás no proporcione y trabajará con su equipo de coordinación de servicios para ayudar a

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al pie de la página para obtener más información sobre su coordinador de servicios y su equipo de coordinación de servicios.

Sección G.2 Plan de servicios

Su equipo de coordinación de servicios trabaja con usted para elaborar un plan de servicios. Un plan de servicios les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y LTSS u otros servicios.

Su plan de servicios incluye:

- Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y/o los servicios de exención de STAR+PLUS HCBS que pueda recibir.
- sus objetivos de atención médica, y
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de coordinación de servicios se reúne con usted después de su HRA. Le pregunta sobre los servicios que necesita. También le informa sobre los servicios que quizás desee considerar recibir. Su plan de servicios se elabora según sus necesidades y objetivos. Su equipo de coordinación de servicios trabaja con usted para actualizar su plan de servicios al menos cada año.

SECCIÓN H Resumen de costos importantes

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (**Sección H1**)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (**Sección H2**)
- Prima de beneficios complementarios opcionales (**Sección H3**)
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (**Sección H4**)

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

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, la información sobre primas que aparece en esta Evidencia de cobertura no se aplica a usted. Le hemos enviado un documento por

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

separado, llamado Cláusula adicional LIS para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados (también conocido como Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si para el 31 de diciembre de 2026 no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros al 1-833- 497-7710 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional LIS.

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen «Ayuda Adicional» y los SPAP. O El programa «Ayuda Adicional» ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Obtenga más información sobre este programa en el **Capítulo 2, Sección H2**. Si reúne los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si ya recibe ayuda de estos programas, **la información sobre primas que aparece en este Manual para miembros puede aplicarse a usted. Le enviamos** un anexo por separado, llamado «Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados» (también conocido como «Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos» o «Cláusula adicional LIS»), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al pie de esta página y solicite la «Cláusula adicional LIS».

Sección H.1 Prima del plan

Para la mayoría de los miembros de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y la prima de la Parte B.

Sección H.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

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

Si STAR+PLUS no paga sus primas de Medicare por usted, debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B de Medicare. Es posible que también pague una prima de la Parte A de

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Medicare si no es elegible para la Parte A de Medicare sin prima. **Además, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios e infórmeles de este cambio.**

Sección H.3 Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, recibirá una factura de nuestro plan por sus medicamentos (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por las recetas que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido entre la cantidad de meses que quedan en el año.

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

SECCIÓN I Este Manual para miembros

Este *Manual para miembros* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que incumple estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual para miembros* llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen al pie de la página. También puede consultar el *Manual para miembros* disponible en nuestro sitio web www.ephmedicare.com.

El contrato está vigente durante los meses en que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

SECCIÓN J Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro. Visite nuestro sitio web en www.ephmedicare.com para consultar su *Directorio de proveedores y farmacias*, junto con una lista de equipo médico duradero (DME), que incluye

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos o formulario*.

Sección J.1 Su tarjeta de identificación de miembro

Con nuestro plan, tiene una sola tarjeta para sus servicios de Medicare y STAR+PLUS, incluidos LTSS, ciertos servicios de salud conductual y medicamentos recetados. Debe presentar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. A continuación se muestra un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:

 Plan: El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) Member Name: <Cardholder Name> Member ID: <Cardholder ID#> Medicaid ID: <Cardholder ID#> Service Coordinator Phone: <CC Phone> MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 PBP: H3407_004	MedicareRx Prescription Drug Coverage RxBIN: <RxBIN#> RxPCN: <RxPCN#> RxGRP: <RxGRP#> RxID: <RxID#>
In case of emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. Member Services: 1-833-497-7710 Behavioral Health: 1-877-379-7647 Pharmacy Help Desk: 1-833-497-7710 24-Hour Nurse Line: 1-844-549-2826 Website: ephmedicare.com Send Claims To: El Paso Health Medicare, P.O. Box 971370, El Paso, TX 79997-1370	

EJEMPLO

Si su tarjeta de identificación de miembro se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros al número que aparece al pie de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la tarjeta Your Texas Benefits para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro por si las necesita más adelante. Si presenta su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor podría facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Es posible que le pidan que presente su tarjeta de Medicare 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). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección J.2 Directorio de proveedores y farmacias

El Directorio de proveedores y farmacias enumera los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Puede solicitar un Directorio de proveedores y farmacias (electrónico o impreso) llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen al pie de la página. Los Directorios de proveedores y farmacias impresos que solicite se le enviarán por correo dentro de tres días hábiles. También puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias www.ephmedicare.com

En su Directorio de proveedores y farmacias encontrará una lista de todos los proveedores de nuestra red.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería **y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; y**
 - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otras personas que proporcionan bienes y servicios que recibe a través de Medicare o STAR+PLUS.

Los proveedores de la red acuerdan aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Salvo durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al pie de la página para obtener más información. Tanto Servicios para Miembros como nuestro sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en nuestras farmacias y proveedores de la red.

Aprobamos cualquier marca siempre que sea médica conforme a la sección 2.2.2, Equipo médico duradero (DME) y suministros, del TMPPM y conforme a las pautas de CMS en la sección del Manual de Determinaciones Nacionales de Cobertura de Medicare, Capítulo 1, Sección 280.3

Sección J.3 Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos *Lista de medicamentos* para abreviar. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos*, a menos que se hayan retirado y reemplazado según se describe en el **Capítulo 5, Sección E**. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos también le indica si hay reglas o restricciones para algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero pueden producirse algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece al pie de la página.

Sección J.4 La Explicación de beneficios

Cuando usa sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a entender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (EOB).

La EOB le indica el monto total que usted, u otras personas en su nombre, gastaron en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

otros medicamentos con costos compartidos más bajos que podrían estar disponibles. Puede hablar con la persona que le receta sus medicamentos sobre estas opciones de menor costo. El **Capítulo 6** de este *Manual para miembros* brinda más información sobre la EOB y cómo le ayuda a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros a los números que aparecen al pie de la página.

Recibirá la EOB por correo cada mes.

SECCIÓN K Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía informándonos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de tener sus datos correctos en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de sus costos compartidos. Por este motivo, es muy importante ayudarnos a mantener actualizada su información.

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
 - cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o de su pareja de hecho, o el seguro de compensación laboral;
 - cualquier reclamación de responsabilidad civil, como las reclamaciones por un accidente de automóvil;
 - ingreso a un centro de enfermería o un hospital;
 - atención en un hospital o sala de emergencias;
 - cambios en su cuidador (o en cualquier persona responsable de usted); **y**
 - su participación en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que tenga intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).
-

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si cambia alguna información, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al pie de la página.

Asegúrese de llamar a la oficina de Medicaid de su estado para actualizar cualquier información según sea necesario.

Sección K.1 Privacidad de la información de salud personal (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información de salud personal (PHI). Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para miembros*.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

INTRODUCCIÓN

Este capítulo le proporciona información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de servicios y otras personas que defiendan sus intereses. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

SECCIÓN A Servicios para Miembros

Servicios para Miembros – Información de contacto

Llame	1- 833-497-7710. Esta llamada es gratuita. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Tenemos servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. 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. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicios para Miembros estarán disponibles para atender directamente su llamada

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 2 Números de teléfono importantes y recursos

	de 8 a.m. a 8 p.m. MST, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes de Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MST, de lunes a viernes, excepto los días feriados federales.
Fax	915-225-6749
Escriba	El Paso Health Medicare Advantage P.O Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
Sitio web	www.ephmedicare.com

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamaciones de pago o facturación
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos •
 - el monto que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este Manual para miembros.
- apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* o comuníquese con Servicios para Miembros.
- quejas sobre su atención médica

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 2 Números de teléfono importantes y recursos

- Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección D**).
 - Puede llamarnos y explicar su queja al 1-833-497-7710.
 - Si su queja se refiere a una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Puede presentar una queja sobre su plan de STAR+PLUS ante la Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHS) al 1-866-566-8989, por fax al 888-780-8099 o por escrito a:

Oficina del Defensor del Pueblo de HHS
PO Box 13247
Austin, Texas 78711-3247
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
 - decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos ●
 - el monto que pagamos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare.
 - STAR+PLUS pagará los medicamentos/productos de cobertura complementaria para miembros con doble elegibilidad y beneficios completos después de que se haya facturado al seguro comercial o si no hay un seguro comercial registrado. Estos medicamentos incluyen medicamentos sin receta (de venta libre), algunos productos usados para aliviar los síntomas de la tos y los resfriados, y algunas vitaminas y productos minerales recetados.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
 - apelaciones sobre sus medicamentos
-

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 2 Números de teléfono importantes y recursos

- Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
 - Si su queja se refiere a una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- pago de la atención médica o los medicamentos que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.
 - Si nos pide que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

SECCIÓN B Su coordinador de servicios**Su coordinador de servicios – Información de contacto****Llame**

1- 833-497-7710. Esta llamada es gratuita.

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 2 Números de teléfono importantes y recursos

	Tenemos servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. 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. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicios para Miembros estarán disponibles para atender directamente su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MST, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes de Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MST, de lunes a viernes, excepto los días feriados federales.
Escriba	El Paso Health Medicare Advantage P.O Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
Sitio web	www.ephmedicare.com

Comuníquese con su coordinador de servicios para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)
- preguntas sobre el transporte
- preguntas sobre los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- preguntas sobre cómo acceder a apoyos en la comunidad

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

SECCIÓN C Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre la Salud (HICAP)

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

HICAP es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

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

Llame	1-800-252-9240 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. CST
Dirección	701 West 51 ST Street. Austin, TX 78751
Sitio web	hhs.texas.gov/services/health/medicare .

Comuníquese con HICAP para obtener ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los consejeros de HICAP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un plan nuevo y ayudarle a:
 - entender sus derechos,
 - entender sus opciones de planes,
 - responder preguntas sobre cómo cambiar de plan,
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y
 - resolver problemas con sus facturas.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

SECCIÓN D Organización para la Mejora de la Calidad Centrada en los Beneficiarios y sus Familias (BFCC-QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Acentra. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con [Medicare](#). Acentra es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Organización para la Mejora de la Calidad Centrada en los Beneficiarios y sus Familias (BFCC-QIO) – Información de contacto

Llame	888-315-0636
TTY	711
Escriba	5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	www.acentraqio.com

Comuníquese con Acentra para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- presentar una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo,
 - cree que su hospitalización está terminando demasiado pronto, o
 - cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 2 Números de teléfono importantes y recursos**SECCIÓN E Medicare**

Medicare es el programa federal de seguro médico 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 es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Esta agencia contrata con organizaciones de 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. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con equipo telefónico especial para llamar.
Chat en vivo	Converse por chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
Escriba	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	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 domiciliaria, centros de diálisis, centros de

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 2 Números de teléfono importantes y recursos

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.

Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN F STAR+PLUS

STAR+PLUS es el programa de atención administrada de Medicaid de Texas para adultos que tienen discapacidades o tienen 65 años o más, y brinda atención médica y LTSS a través de nuestro plan de salud.

Está inscrito en Medicare y en STAR+PLUS. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a Medicaid de Texas. *Asegúrese* de mencionar que está inscrito en un plan de STAR+PLUS.

STAR+PLUS – Información de contacto

Llame	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas 877-541-7905 o 211 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. CST
TTY	711
Escriba	P. O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
Sitio web	www.yourtexasbenefits.com

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

SECCIÓN G Oficina del Defensor del Pueblo de HHS

La Oficina del Defensor del Pueblo de HHS defiende sus intereses. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y ayudarlo a entender qué hacer. La Oficina del Defensor del Pueblo de HHS también le ayuda con problemas de servicios o facturación. No está relacionada con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

Oficina del Defensor del Pueblo de HHS – Información de contacto

Llame	1-866-566-8989 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. CST
Escriba	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas Oficina del Defensor del Pueblo P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
Sitio web	www.hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsman

SECCIÓN H Oficina del Defensor del Pueblo para la Atención a Largo Plazo de Texas

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

La Oficina del Defensor del Pueblo para la Atención a Largo Plazo de Texas no está relacionada con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Oficina del Defensor del Pueblo para la Atención a Largo Plazo de Texas – Información de contacto

Llame	800-252-2412
--------------	--------------

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 2 Números de teléfono importantes y recursos

	De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. CST
Escriba	Oficina del Defensor del Pueblo de HHSP.O. Box 13247Austin, Texas 78711-3247
Correo electrónico	lrc.ombudsman@hhs.texas.gov
Sitio web	www.hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsman

SECCIÓN I Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, según se describe a continuación.

Sección I.1 Ayuda Adicional de Medicare

Debido a que es elegible para STAR+PLUS, reúne los requisitos y recibe «Ayuda Adicional» de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada para recibir esta «Ayuda Adicional».

Ayuda Adicional de 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 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con equipo telefónico especial para llamar.
Sitio web	www.medicare.gov

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 2 Números de teléfono importantes y recursos

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener pruebas del monto correcto de su copago. Si ya tiene pruebas del monto correcto, podemos ayudarle a compartirlas con nosotros.

- Si necesita ayuda para obtener la mejor evidencia disponible y/o para proporcionar esta evidencia, comuníquese con Servicios para Miembros. Revisaremos cualquier evidencia, como una tarjeta de Medicaid, una carta de concesión de Medicaid, una carta de aprobación del subsidio por bajos ingresos, una impresión del archivo electrónico de inscripción del estado que muestre la condición de Medicaid, una impresión de pantalla del sistema de Medicaid del estado que muestre la condición de Medicaid u otros documentos específicos del estado que demuestren una cobertura activa de Medicaid.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto de copago cuando obtenga su próximo medicamento recetado. Si paga un copago mayor al debido, le reembolsaremos, ya sea mediante un cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no le cobró su copago y usted tiene una deuda con ella, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-497-7710 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas estado. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece al pie de la página si tiene preguntas.

Sección I.2 Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)

Si está inscrito en un SPAP o en cualquier otro programa que brinde cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare distinto de «Ayuda Adicional», seguirá recibiendo el descuento del 70 por ciento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el cinco por ciento del costo de los medicamentos de marca durante la brecha de cobertura. Tanto el descuento del 70 por ciento como el cinco por ciento pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier cobertura de un SPAP u otra cobertura.

Sección I.3 Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

ADAP ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también figuran en el formulario de ADAP reúnen los requisitos para recibir ayuda con los

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1-833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 2 Números de teléfono importantes y recursos

costos compartidos de los medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas.

Nota: Para ser elegibles para ADAP en Texas, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluidos comprobantes de residencia en el estado y de su condición de VIH, ingresos bajos (según la definición del estado) y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas al 800-255-1090.

Sección I.4 El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción.** La «Ayuda Adicional» de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes reúnen los requisitos, son más ventajosas que participar en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al pie de la página o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN J Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarle.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 2 Números de teléfono importantes y recursos**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. Puede usar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con equipo telefónico especial para llamar.
Sitio web	www.ssa.gov

SECCIÓN K Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La RRB 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 RRB, infórmese si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

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

Llame	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione «0» para hablar con un representante de la 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 la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 2 Números de teléfono importantes y recursos

	Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	www.rrb.gov

SECCIÓN L Seguro colectivo u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios del empleador o grupo de jubilados de usted (o 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 número de teléfono que aparece al pie de la página si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud del empleador o para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare con este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

SECCIÓN M Otros recursos**AAA de Río Grande – Información de contacto**

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

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 2 Números de teléfono importantes y recursos

Sitio web	http://www.riocog.org/aging-services/
------------------	---

Project Bravo – Información de contacto

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

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

CAPÍTULO 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

INTRODUCCIÓN

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de servicios, cómo obtener atención de distintos tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente por servicios que cubrimos y las reglas sobre la propiedad del equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

SECCIÓN A Información sobre servicios y proveedores

Los servicios incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y de venta libre, equipo y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica, la salud conductual y los LTSS cubiertos se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*. Los servicios cubiertos de medicamentos recetados y de venta libre se describen en el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención y que tienen una licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico y determinados LTSS.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago y su *monto de costos compartidos como* pago total. Hemos acordado con estos proveedores que le brinden servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando utiliza un proveedor de la red, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos.

SECCIÓN B Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y STAR+PLUS. Esto incluye la salud conductual y los LTSS.

Por lo general, nuestro plan pagará los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS que reciba cuando siga nuestras reglas. Para que nuestro plan los cubra:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestra Tabla de beneficios médicos del **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesaria, queremos decir que necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de la práctica médica.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que le brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red como su PCP (consulte la **Sección D1** para obtener más información).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda utilizar un proveedor que no sea su PCP u otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se llama remisión. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
 - No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o atención de urgencia, ni para acudir a un proveedor de atención de la salud de la mujer. Puede recibir otros tipos de atención sin una remisión de su PCP (consulte la Sección D1 para obtener más información).

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- **Debe recibir atención de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubrimos la atención de un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Si necesita atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I**).
 - Si necesita atención que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden brindársela, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubrimos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red o sin costo para usted. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para utilizar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4**.
 - Si necesita servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un período breve, o cuando su proveedor no está disponible temporalmente o no es accesible, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al pie de la página antes de salir del área de servicio, para que podamos ayudarle a organizar su diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.

SECCIÓN C Su coordinador de servicios

Sección C.1 Qué es un coordinador de servicios

La coordinación de servicios ayuda a los miembros a encontrar, elegir, obtener y utilizar los servicios cubiertos y otros apoyos. Estos servicios pueden ayudar a los miembros a mantenerse sanos, ser más independientes, participar en su comunidad y alcanzar sus objetivos.

El Paso Health asignará un coordinador de servicios específico a un miembro si este lo solicita o si una evaluación indica que lo necesita.

Sección C.2 Cómo puede comunicarse con su coordinador de servicios

Puede comunicarse directamente con su coordinador de servicios utilizando la extensión que le proporcionó durante sus llamadas o reuniones.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

También puede llamar a El Paso Health Medicare Align al 1-833-497-7710 para que le ayuden a comunicarse con su coordinador de servicios.

También puede hablar con su coordinador de servicios sobre otras formas de comunicación que le resulten más convenientes.

Sección C.3 Cómo puede cambiar de coordinador de servicios

Puede pedirle a su coordinador de servicios actual que le ayude a solicitar otro coordinador de servicios.

También puede llamar a El Paso Health Medicare Align al 1-833-497-7710 para solicitar un cambio.

SECCIÓN D Atención de proveedores

Sección D.1 Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinde atención y le ayude a gestionar su salud. En algunos casos, un especialista puede actuar como su PCP.

Definición de un PCP y lo que un PCP hace por usted

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico que le brinda atención médica básica y cumple con las normas estatales. Su PCP debe pertenecer a la red de nuestro plan y puede ser:

- Un médico general
- Un médico de familia
- Un médico de medicina interna
- Un especialista, en algunos casos

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

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

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

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

Su elección de 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.

Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP dentro de ella.

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 requieran la aprobación de su PCP (como servicios de atención

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

médica a domicilio y equipo médico duradero). También verificarán que el PCP al que desea cambiar pueda aceptar nuevos pacientes.

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

Servicios que puede recibir sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP antes de acudir a otros proveedores. Esta aprobación se llama **remisión**. Puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Servicios cubiertos de urgencia que requieren atención médica inmediata (pero no constituyen una emergencia), si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dadas la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a obtener diálisis mientras esté fuera.
- Vacunas contra la gripe y la COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Atención de rutina de la salud de la mujer y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si reúne los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud para indígenas estadounidenses, puede acudir a estos proveedores sin una remisión.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Sección D.2 Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas, como:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas de huesos, articulaciones o músculos.

Si necesita consultar a un especialista, pídale una remisión a su PCP. Su PCP puede remitirlo o recomendarle proveedores dentro de nuestra red. Para algunos servicios, puede necesitar una autorización previa de nuestra parte. Comuníquese con su coordinador de servicios si necesita ayuda con las solicitudes de autorización previa.

Sección D.3 Cuando un proveedor deja nuestro plan

Un proveedor de la red al que acude puede dejar nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, tiene los siguientes derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si acudió a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, recibe atención de él actualmente o acudió a él en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red para que siga gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente recibe tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le sigan brindando los tratamientos o las terapias

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

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.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red al que pueda acceder, debemos organizar que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Es **posible que se requiera autorización previa**.
- Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para gestionar su atención.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por uno calificado o que no estamos gestionando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una reclamación sobre la calidad de la atención o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

Sección D.4 Proveedores fuera de la red

En ocasiones, puede necesitar servicios médicamente necesarios de un médico, especialista u otro proveedor que no estén disponibles en nuestra red. Usted o su médico, especialista u otro proveedor deberá solicitar una autorización previa a nuestro departamento de Administración de la Utilización, enviándonos una solicitud por fax al número gratuito 1-844-298-7866 o llamando al 1-833-497-7710. Los servicios de emergencia o de urgencia fuera del área no requieren autorización previa.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, este debe reunir los requisitos para participar en Medicare y/o STAR+PLUS.

- No podemos pagarle a un proveedor que no reúna los requisitos para participar en Medicare y/o STAR+PLUS.
- Si utiliza un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no reúnen los requisitos para participar en Medicare.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

SECCIÓN E Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) ayudan con sus necesidades diarias para que pueda desenvolverse con la mayor independencia posible en un entorno comunitario seguro. Según el programa de exención para el que reúna los requisitos, hay diferentes tipos y cantidades de LTSS. Si considera que necesita servicios de LTSS, comuníquese con su coordinador de servicios para verificar si reúne los requisitos para este recurso. Su coordinador de servicios le ayudará a entender cómo funciona el programa.

SECCIÓN F Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)

*Como miembro de nuestro plan, tiene acceso a muchos proveedores de salud conductual. Puede consultar la lista de proveedores en el Directorio de proveedores y farmacias. Llámenos para solicitar una copia. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte el capítulo de beneficios, el **Capítulo 4**, para ver qué servicios requieren autorización previa.*

SECCIÓN G Cómo obtener servicios dirigidos por el consumidor

Sección G.1 Los servicios dirigidos por el consumidor (CDS) permiten que las personas contraten y administren al personal que les brinda servicios.

Los servicios dirigidos por el consumidor están disponibles para los miembros con y sin exención interesados en los servicios dirigidos por el consumidor (CDS). Puede trabajar con su coordinador de servicios para determinar un plan. No todos los servicios reúnen los requisitos para CDS. En el modelo de la opción dirigida por el consumidor, usted o su representante legalmente autorizado (LAR) es el empleador y tiene control sobre la contratación, administración y despido de una persona que brinde servicios de asistencia personal (PAS), servicios de relevo dentro o fuera del hogar, enfermería, fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y/o terapia del habla y del lenguaje (SLT). Deberá elegir una agencia de servicios de administración financiera (FMSA) para que le ayude con las funciones administrativas relacionadas con el empleador, como la nómina, los sustitutos (personal de

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

respaldo) y la presentación de informes tributarios. Su coordinador de servicios puede responder preguntas sobre CDS o ayudarlo a coordinar los servicios.

Sección G.2 Quién puede recibir atención autodirigida (por ejemplo, si está limitada a las poblaciones con exención)

Puede visitar el sitio web de CDS en <https://www.hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/consumer-directed-services-cds>. Allí puede leer más sobre la opción CDS. También puede consultar una lista de agencias de servicios dirigidos por el consumidor. Puede comunicarse con ellas para obtener más información sobre la opción CDS y cómo funciona.

SECCIÓN H Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT)

Sección H.1 Qué son los servicios NEMT

Los servicios NEMT proporcionan transporte a citas de atención médica que no son de emergencia si no tiene otras opciones de transporte.

- Estos viajes incluyen transporte al médico, dentista, hospital, farmacia y otros lugares donde recibe servicios de atención médica.
- Estos viajes **no** incluyen viajes en ambulancia.

Sección H.2 Qué servicios están incluidos

- Los servicios NEMT incluyen:
- Pases o boletos de transporte, como transporte público dentro de ciudades o estados y entre ellos (incluso en tren o autobús).
- Servicios de transporte en aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte a pedido (de acera a acera) en autobuses privados, camionetas o automóviles sedán (incluidos vehículos accesibles para sillas de ruedas, si es necesario).
- Reembolso por millaje para un participante de transporte individual (ITP) por un viaje completado y verificado a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una persona responsable, un familiar, un amigo o un vecino.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- Costos de transporte de su acompañante de NEMT si necesita que viaje con usted a su cita. Un acompañante de NEMT es:
 - Un adulto que le brinda la asistencia necesaria de movilidad, personal o de idioma durante el transporte. (Por ejemplo, puede incluir a un adulto que actúe como su asistente personal).
 - Un animal de servicio que le brinda la asistencia necesaria de movilidad o personal durante el transporte y que ocupa un asiento que, de otro modo, ocuparía otra persona.
 - Un adulto que viaja con usted porque un proveedor de atención médica ha indicado por escrito que necesita un acompañante.

Sección H.3 Cómo programar los servicios NEMT

Debe solicitar los servicios NEMT lo antes posible y al menos 48 horas antes de necesitarlos. En determinadas circunstancias, puede solicitar el servicio NEMT con menos de 48 horas de anticipación. Estas circunstancias incluyen que lo recojan después del alta hospitalaria; viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados; y viajes por afecciones de urgencia. Una afección de urgencia es una afección de salud que no constituye una emergencia, pero es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de 24 horas. Si su cita médica se cancela o se reprograma, llame al 1-855-584-3530 para cancelar o cambiar los arreglos de transporte. Si su proveedor de atención primaria le programó una cita fuera de la ciudad y necesita asistencia de transporte, el plan de salud debe aprobarla. Si se aprueba, llame para hacer los arreglos al menos 5 días antes de su cita. Si no llama dentro de estos plazos, es posible que se le pida reprogramar su cita.

Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y «Where's My Ride?»

- Los servicios NEMT y Where's My Ride? están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año.
- Los miembros pueden acceder a los servicios NEMT llamando a MTM al 1-855-584-3530 para programar una cita de transporte.
- Los representantes del centro de llamadas de MTM son personas altamente calificadas y capacitadas que dominan el inglés y el español. Puede comunicarse con los representantes de MTM para obtener información llamando al número gratuito 1-855 584-3530.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- Los servicios de interpretación de MTM están disponibles en el 1-855-584-3530. El número de teléfono TTY gratuito de MTM es 711.

Recuerde programar los viajes lo antes posible y **al menos dos días hábiles antes de necesitarlos. Puede** programar viajes con menos anticipación en determinados casos, incluidos:

- Que lo recojan después de un alta hospitalaria.
- Viajes a la farmacia para obtener medicamentos o suministros médicos aprobados.
- Viajes por afecciones de urgencia. (Una afección de urgencia es una afección de salud que no constituye una emergencia, pero es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de 24 horas).

Programe los viajes de larga distancia con al menos cinco días de anticipación.

Si tiene un viaje programado y su cita de atención médica se cancela **antes** del viaje, comuníquese de inmediato.

SECCIÓN I Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre

Sección I.1 Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos normales de salud y medicina podría esperar que ocasione:

- un riesgo grave para su vida y, si está embarazada, la pérdida del bebé por nacer; **o**
- pérdida o daño grave de las funciones corporales; **o**
- pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad; **o**
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
- Un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o para la de su bebé por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. *Solicite una ambulancia si la necesita.* **No** necesita la aprobación ni una remisión de su PCP. No necesita acudir a un proveedor de la red. **Puede** recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, aunque no forme parte de nuestra red.
- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Hacemos seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de 48 horas. Sin embargo, no pagará los servicios de emergencia si se demora en notificarnos. Llame a Servicios para Miembros; la información se encuentra al pie de esta página.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Medicare o STAR+PLUS no brindan cobertura para la atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia cuando llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su afección está estable y ha terminado la emergencia médica. Seguirán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para recuperarse.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Obtención de atención de emergencia cuando no era una emergencia

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que acuda a recibir atención de emergencia y el médico le diga que en realidad no era una emergencia. Siempre que haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubrimos su atención.

Sin embargo, después de que el médico indique que no era una emergencia, cubrimos su atención adicional únicamente si:

- Acude a un proveedor de la red **o**
- La atención adicional que recibe se considera «atención de urgencia» y sigue las reglas para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

Sección I.2 Atención de urgencia

La atención de urgencia es la atención que recibe por una situación que no constituye una emergencia, pero necesita atención de inmediato. Por ejemplo, podría tener una exacerbación de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención de urgencia dentro del área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención de urgencia únicamente si:

- Recibe esta atención de un proveedor de la red **y**
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, dadas la hora, el lugar o las circunstancias, cubrimos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede comunicarse con Servicios para Miembros, con su coordinador de servicios o visitar nuestro sitio web para obtener una lista completa de las clínicas de atención de urgencia de nuestra red.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

Nuestro plan no cubre la atención de urgencia ni ninguna otra atención de *emergencia* que reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección I.3 Atención durante un desastre

Si el gobernador de Texas, 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, sigue teniendo derecho a recibir atención de nuestro plan.

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

Durante un desastre declarado, si no puede acudir a un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red con la tarifa de costos compartidos de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información.

SECCIÓN J Qué sucede si le facturan directamente por servicios cubiertos

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenla. No pague usted mismo la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Si pagó por sus servicios cubiertos o recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros* para saber qué hacer.

No debe pagar usted mismo la factura. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Sección J.1 Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen médicamente necesarios, **y**
- que figuren en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*), **y**
- que reciba siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total.**

Si desea saber si pagamos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 de este *Manual para miembros* explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta un límite determinado. Si supera el límite, usted paga el costo total para recibir más servicios de ese tipo. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame a Servicios para Miembros para saber cuáles son los límites de los beneficios y cuánto ha utilizado de sus beneficios.

SECCIÓN K Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

Sección K.1 Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente solicita voluntarios para participar en él. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos determinados 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 otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica cubierto para los inscritos por Original Medicare, le recomendamos que usted o su coordinador de servicios se comuniquen con Servicios para Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

Sección K.2 Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no paga nada por los servicios cubiertos en el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos en el estudio y los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- alojamiento y comidas durante una hospitalización que Medicare pagaría aunque no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación de la nueva atención

Sección K.3 Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo «Medicare y los estudios de investigación clínica» en el sitio web de Medicare

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

(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 L Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención de la salud no médica

Sección L.1 Definición de una institución religiosa de atención de la salud no médica

Una institución religiosa de atención de la salud no médica es un lugar que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica.

Este beneficio es únicamente para servicios para pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de atención de la salud no médica).

Sección L.2 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 que indique que se opone a recibir tratamiento médico «no exceptuado».

- El tratamiento médico «no exceptuado» es cualquier atención o tratamiento **voluntario que no sea exigido por ninguna ley** federal, de Texas o local.
- El tratamiento médico «exceptuado» es cualquier atención o tratamiento que **no sea voluntario y sea exigido** por una ley federal, de Texas 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 brindan en un centro:

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o de atención en un centro de enfermería especializada.

SECCIÓN M Equipo médico duradero (DME)

Sección M.1 DME como miembro de nuestro plan

El DME incluye determinados artículos médicamente necesarios ordenados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos de colchones, suministros para la diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre será propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis.

Debe alquilar otros tipos de DME. Como miembro de nuestro plan, generalmente **no** será propietario de los artículos de DME alquilados, sin importar cuánto tiempo los alquile.

En algunas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al pie de la página para obtener más información.

Aunque haya tenido DME durante hasta 12 meses consecutivos bajo Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

Sección M.2 Propiedad del DME si cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME se convierten en sus propietarias después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses durante los que las personas deben alquilar determinados tipos de DME antes de convertirse en sus propietarias.

Deberá realizar 13 pagos consecutivos bajo Original Medicare, o el número de pagos consecutivos establecido por el plan MA, para convertirse en propietario del artículo de DME si:

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- no se convirtió en propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud, en el programa Original Medicare o en un plan MA.

Si realizó pagos por el artículo de DME bajo Original Medicare o un plan MA antes de inscribirse en nuestro **plan, esos pagos de Original Medicare o del plan MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos bajo Original Medicare, o el número de nuevos pagos consecutivos establecido por el plan MA, para convertirse en propietario del artículo de DME.
- No hay excepciones a esto cuando vuelve a Original Medicare o a un plan MA

Sección M.3 Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si reúne los requisitos para recibir equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos:

- alquiler del equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y del contenido de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y del contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Debe devolver el equipo de oxígeno cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

Sección M.4 Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **deja nuestro plan y cambia a Original Medicare**, lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios indicados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionarle:

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- equipo de oxígeno, suministros y servicios durante otros 24 meses
- equipo de oxígeno y suministros durante hasta cinco años, si es médicamente necesario

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al finalizar el período de cinco años:**

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo y usted puede elegir obtener equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Usted alquila el equipo a un proveedor durante 36 meses.
- Luego, su proveedor proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada cinco años mientras el equipo de oxígeno siga siendo médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **deja nuestro plan y cambia a otro plan MA**, ese plan cubrirá al menos lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su nuevo plan MA qué equipo y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios

INTRODUCCIÓN

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones o los límites de esos servicios. También le informa sobre los beneficios que nuestro plan no cubre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

SECCIÓN A Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede conocer los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

Como recibe ayuda de STAR+PLUS, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* para obtener detalles sobre las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de servicios y/o a Servicios para Miembros al 1-833-497-7710.

SECCIÓN B Reglas que prohíben a los proveedores cobrarle por los servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por servicios cubiertos dentro de la red. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si la recibe, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros* o llame a Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

SECCIÓN C Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica los servicios que paga nuestro plan. (La cobertura de medicamentos **se describe** en el Capítulo 5). Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios que figuran en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. No paga nada por los servicios que figuran en la Tabla de beneficios siempre que cumpla con los requisitos descritos a continuación.

- Brindamos los servicios cubiertos por Medicare y STAR+PLUS de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y STAR+PLUS.
- Los servicios (*incluidos la atención médica, los servicios de salud conductual y por consumo de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, el equipo y los medicamentos*) deben ser «*médicamente necesarios*». Médicamente necesarios describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, durante los primeros 90 días no podemos exigirle que obtenga aprobación por anticipado para ningún tratamiento en curso, incluso si el tratamiento corresponde a un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba 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 dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor el costo total de los servicios fuera de la red que reciba. El **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* contiene más información sobre el uso de proveedores de la red y fuera de ella.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brinda y administra su atención.
- Cubrimos algunos servicios que figuran en la Tabla de beneficios únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se llama

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

autorización previa (PA). Marcamos con una nota al pie los servicios cubiertos de la Tabla de beneficios que requieren PA.

- Si nuestro plan aprueba una solicitud de PA para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones de la atención, en función de los criterios de cobertura, sus antecedentes médicos y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2027*. Puede consultarlo en línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Si Medicare agrega cobertura para nuevos servicios durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Como todos los planes de salud de STAR+PLUS, cubrimos todo lo que cubre STAR+PLUS. Si STAR+PLUS o Texas Medicaid agrega cobertura para nuevos servicios durante 2027, nuestro plan o Texas Medicaid cubrirá esos servicios.
- Si pierde su STAR+PLUS dentro del período de 3 meses de elegibilidad continua considerada, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, su cobertura de STAR+PLUS puede terminar antes que su cobertura de Medicare con nosotros. Cuando termine su cobertura de STAR+PLUS, no pagaremos sus beneficios de STAR+PLUS.

Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para STAR+PLUS. Si se restablece su elegibilidad para STAR+PLUS mientras sigue inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, volveremos a pagar sus beneficios de STAR+PLUS y continuará su inscripción con nosotros. Si no puede recuperar STAR+PLUS dentro de 3 mes(es), cancelaremos su inscripción en El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad para STAR+PLUS después de que se cancele su inscripción, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP).

Información importante sobre beneficios para miembros con determinadas afecciones crónicas.

- Si tiene alguna de las afecciones crónicas que se indican a continuación y cumple con determinados criterios, puede reunir los requisitos para recibir beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas:

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

- Trastornos autoinmunitarios
- Cáncer (excluido el precáncer)
- Cardiovasculares
- Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Trastornos pulmonares crónicos
- Afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes
- Demencia
- Diabetes mellitus
- Enfermedad hepática en etapa terminal
- Enfermedad renal en etapa terminal que requiere diálisis
- Trastornos hematológicos graves
- HIV/AIDS
- Trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular
- Debe completarse y presentarse un formulario de verificación de afecciones crónicas al momento de la inscripción. Debe completarse la evaluación de riesgos de salud para verificar la elegibilidad para el beneficio SSBCI según una afección crónica. Una vez que se establezca que reúne los requisitos para este beneficio debido a una afección crónica, la asignación para el Programa de Salud y Hogar estará disponible en su tarjeta OTC Master Card. Comuníquese con su coordinador de servicios si tiene alguna otra pregunta.
- Para obtener más detalles, consulte la fila de Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas en la Tabla de beneficios a continuación.
- Comuníquese con nosotros para saber exactamente para qué beneficios puede reunir los requisitos.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍏 identifica los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

SECCIÓN D Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene determinados factores de riesgo y obtiene una remisión para ella de su médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	\$0
 Prueba de detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol Pagamos una prueba de detección del consumo indebido de alcohol para adultos que consumen alcohol indebidamente, pero no tienen dependencia del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si la prueba indica consumo indebido de alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento en persona cada año (si está en condiciones de participar y alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.	\$0
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios terrestres y aéreos (avión y helicóptero) y servicios	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de ambulancia. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben ser aprobados por nosotros. En casos que no sean emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud.	
 Visita anual de bienestar Puede recibir un chequeo anual. Su finalidad es elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos este servicio una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de Bienvenida a Medicare para recibir visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	\$0
Servicios de salud conductual El plan pagará los siguientes servicios: • administración de casos específica de salud mental • servicios de rehabilitación de salud mental ○ atención de salud mental para pacientes ambulatorios	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pagamos los servicios de salud conductual brindados por: • un psiquiatra o médico con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico (CSW) • un especialista en enfermería clínica (CNS) • un consejero profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • un enfermero practicante (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables Puede llamar a nuestra línea gratuita de enfermería disponible las 24 horas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-844-549-2826 (TTY 711). La línea cuenta con profesionales de atención médica bilingües. Hay servicios de interpretación disponibles para otros idiomas. Le ayudarán a decidir qué tipo de atención necesita y le recomendarán que haga una o más de las siguientes cosas: • Quedarse en casa • Consultar a su médico al día siguiente • Acudir a una clínica con horario extendido/nocturno o a un centro de atención de urgencia • Acudir a la sala de emergencias • Llamar al 911	
 Medición de la masa ósea Pagamos determinados procedimientos para miembros que reúnen los requisitos (generalmente, una persona en riesgo de	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
perder masa ósea o de padecer osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o determinan la calidad de los huesos. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos para que un médico revise y comente los resultados.	
 Pruebas de detección de cáncer de seno (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: • 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 los senos una vez cada 24 meses	\$0
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagamos servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con determinadas condiciones y tener una remisión u orden de <i>un</i> médico. Cubrimos estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • ataque cardíaco en los últimos 12 meses • cirugía de derivación de las arterias coronarias • angina de pecho estable (dolor en el pecho) • 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 pulmón • insuficiencia cardíaca crónica estable Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Limitaciones de cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener dos sesiones por día (de una hora de duración cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, es posible que pueda recibir 36 sesiones adicionales que pueden distribuirse durante un período más largo.	
 Visita para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (del corazón) (terapia para la enfermedad cardíaca) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la visita, su médico puede: • hablar sobre el uso de aspirina, • medirle la presión arterial y/o • darle consejos para asegurarse de que se alimente bien.	\$0
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan anomalías debidas a un alto riesgo de enfermedad cardíaca.	\$0
 Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina Pagamos los siguientes servicios: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• para mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para mujeres que hayan tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y estén en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para mujeres que hayan tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y estén en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	
Servicios quiroprácticos Pagamos los siguientes servicios: • ajustes de la columna vertebral para corregir su alineación	\$0
 Pruebas de detección de cáncer colorrectal Pagamos los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene un límite de edad mínimo ni máximo y se cubre una vez cada 120 meses (diez 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 se cubre cuando han transcurrido al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando han transcurrido 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, puede pagarse una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
transcurrido al menos 23 meses a partir 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 se haya realizado 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 con múltiples marcadores para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba no invasiva de detección de 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	\$0 Debe acudir a un proveedor dental de

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Determinados servicios dentales, incluidos limpiezas, empastes y dentaduras postizas, están disponibles a través del Programa Dental de Texas Medicaid. Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del 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 el tratamiento con radiación de un cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes bucales antes de un trasplante de órganos. Además, cubrimos: Servicios dentales preventivos • Radiografías dentales: 2 al año • Exámenes bucales: 2 al año • Profilaxis (limpieza): 2 al año • Tratamiento con fluoruro: sin límite Servicios dentales integrales: cubiertos como servicios dentales de diagnóstico y preventivos • Servicios generales complementarios: 1 visita al año • Protectores oclusales: uno cada 3 años • Teleodontología: 2 cada año. (Se requiere autorización para este servicio) • Endodoncia: 1 visita al año. Un tratamiento de endodoncia por diente de por vida. • Servicios de implantes: 1 visita al año. Implantes: 1 por diente cada 5 años. • Servicios periodontales: 1 visita al año. Alisado radicular y raspado periodontal: uno por cuadrante cada 2 años. Servicios quirúrgicos periodontales: uno por cuadrante cada 3 años • Prostodoncia: 1 visita al año. Dentaduras parciales fijas (puentes): una por diente cada 5 años	nuestra red para cualquiera de los servicios dentales. La red dental forma parte de Liberty Dental. Si recibe atención de un proveedor fuera de la red, tendrá que pagar su atención. Los miembros de STAR+PLUS sin exención HCBS reúnen los requisitos para recibir \$500 para servicios dentales preventivos una vez cada 12 meses. Los servicios pueden incluir chequeos dentales, radiografías, limpiezas, empastes y extracciones dentales simples. Puede ser responsable de los costos si un servicio no está cubierto o si supera su asignación máxima. Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- Servicios de restauración: 1 visita al año. Empastes de restauración: uno por superficie por diente cada 2 años. Incrustaciones de restauración Inlay/Onlay: una por diente cada 5 años. Coronas de restauración: una por diente cada 5 años. Reparaciones de restauración: sin límite - Servicios bucales y maxilofaciales: 1 visita al año. Extracciones quirúrgicas: una por sitio/cuadrante de por vida. (Se requiere autorización para este servicio)	
La asignación anual para la cobertura dental es de \$3,000.	
 Prueba de detección de depresión Pagamos una prueba de detección de depresión cada año. La prueba debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	\$0
 Prueba de detección de diabetes Pagamos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: - presión arterial alta (hipertensión) - antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) - obesidad - antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en la sangre	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Las pruebas pueden estar cubiertas en otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede reunir los requisitos para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	
 Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina): • Suministros para controlar su glucosa en la sangre, incluidos los siguientes: ○ un medidor de glucosa en la sangre ○ tiras reactivas para medir la glucosa en la sangre ○ dispositivos de punción y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético, pagamos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, ● ○ un par de zapatos de profundidad extra, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que vienen con esos zapatos) • En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de servicios o con Servicios para Miembros.	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<i>Nuestros proveedores preferidos de suministros para la diabetes son Abbot y Roche.</i>	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual para miembros</i> para obtener una definición de «equipo médico duradero (DME)». Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas • muletas • sistemas eléctricos de colchones • suministros para la diabetes • audífonos (incluidos los exámenes de audición regulares y los exámenes para ajustar los audífonos) • camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte • suministros para la incontinencia • dispositivos generadores de voz • equipo y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • bastón estándar de mango curvo o bastón de cuatro apoyos y suministros de reemplazo • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo para la atención de diálisis Otros artículos pueden estar cubiertos. Pagamos todo el DME médicamente necesario que Medicare y STAR+PLUS suelen pagar. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. Por lo general, nuestro plan cubre cualquier DME cubierto por Medicare y STAR+PLUS de las marcas y los fabricantes de esta	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
lista. No cubrimos otras marcas ni fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informe que necesita esa marca. Si es nuevo en nuestro plan y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, seguiremos pagando esa marca para usted durante hasta 90 días. Durante este período, hable con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después del 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 médico) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su médico puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 de este <i>Manual para miembros</i>.	
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que: • son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, • son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos normales de salud y medicina podría esperar que ocasione: • un riesgo grave para su vida o la de su bebé por nacer; o • daño grave de las funciones corporales; o Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se establezca su emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que se siga pagando su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención como paciente internado únicamente si nuestro plan aprueba su estancia.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto. ○ Un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o para la de su bebé por nacer. No cubrimos servicios de atención de emergencia/urgencia en todo el mundo. Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos por STAR+PLUS.	
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea de la red o fuera de la red, para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: • examen y tratamiento médico de planificación familiar • pruebas de laboratorio y de diagnóstico de planificación familiar • métodos de planificación familiar (IUC/IUD, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo) • suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón) • asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados • asesoramiento, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STIs) • asesoramiento y pruebas de HIV y AIDS y otras afecciones relacionadas con el HIV	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• anticoncepción permanente (Debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía). • asesoramiento genético También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe acudir a un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • tratamiento de afecciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye métodos artificiales para lograr un embarazo). • tratamiento del AIDS y otras afecciones relacionadas con el HIV • pruebas genéticas	
Programa Get Fit Membresía en cualquier YMCA local o una membresía prémium (tarjeta negra) en cualquier centro Planet Fitness. Como miembro, solo puede elegir YMCA o Planet Fitness para utilizar este beneficio. Los miembros que se inscriban en YMCA tendrán acceso a clases, equipos y cualquier instalación local en el condado de El Paso. Los miembros que se inscriban en un centro Planet Fitness tendrán acceso a clases, equipos, cualquier ubicación dentro de los Estados Unidos y la posibilidad de llevar a un invitado. Se aplican limitaciones a todos los invitados.	\$0 <i>Debe utilizar su tarjeta de identificación de miembro de El Paso Health Medicare Advantage para inscribirse en el YMCA o Planet Fitness que elija.</i>
 Programas de educación sobre salud y bienestar El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) cuenta con programas de manejo de enfermedades y de administración	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de casos diseñados para evaluar periódicamente a los miembros y brindar coordinación de la atención y educación a los miembros y sus familias. Estos programas incluyen la valoración, educación, supervisión y evaluación de 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 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.	
Servicios de audición Pagamos las pruebas de audición y equilibrio que realiza su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Además, cubrimos: Un (1) ajuste/evaluación y audífonos de hasta \$2,000 cada 2 años.	\$0 Debe acudir a un proveedor de la red de nuestro proveedor, Nations Benefits, para obtener la evaluación y los audífonos.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de HIV Pagamos una prueba de detección de HIV cada 12 meses para las personas que: • solicitan una prueba de detección de HIV, o • tienen un mayor riesgo de infección por HIV. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección de HIV durante el embarazo.	\$0
Atención de una agencia de atención médica a domicilio Antes de que pueda recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe informarnos que los necesita, y una agencia de atención médica a domicilio debe brindarlos. Debe estar confinado al hogar, lo que significa que salir de casa requiere un esfuerzo considerable. Pagamos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no figuran aquí: • servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica a domicilio a tiempo parcial o intermitentes (Para que estén cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica a domicilio combinados deben sumar menos de ocho horas al día y 35 horas por semana). • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipo y suministros médicos	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de infusión a domicilio Nuestro plan paga la terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados en una vena o aplicados debajo de la piel que se le proporcionan en su hogar. Para realizar la infusión a domicilio se necesita lo siguiente: • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipo, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros: • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, brindados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación para el miembro que no estén ya incluidas en el beneficio de DME; • supervisión remota; y • servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio.	\$0
Cuidados paliativos para enfermos terminales Tiene derecho a elegir cuidados paliativos para enfermos terminales si su proveedor y el director médico del programa de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses de vida o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que	\$0 <i>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos para enfermos terminales certificado por Medicare, Original Medicare, y no El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), paga sus servicios de cuidados paliativos para enfermos</i>

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
nos pertenecen, que controlamos 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 tratar los síntomas y el dolor • servicios de relevo a corto plazo • atención a domicilio Cuando lo admiten en un programa de cuidados paliativos para enfermos terminales, tiene derecho a permanecer en nuestro plan. 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 se facturan a Medicare: • Original Medicare (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 o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos para enfermos terminales, su proveedor facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: • Nuestro plan cubre servicios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Cubrimos estos servicios estén o no relacionados con su pronóstico terminal. No paga nada por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:	<i>terminales y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</i>

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para miembros</i>. Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos para enfermos terminales, llame a su coordinador de servicios y/o a Servicios para Miembros para organizar los servicios. La atención que no es de cuidados paliativos para enfermos terminales es la atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre servicios de consulta sobre cuidados paliativos para enfermos terminales (por única vez) para un miembro con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos para enfermos terminales.	
 Vacunas Pagamos los siguientes servicios: - vacunas contra la neumonía - vacunas contra la gripe/influenza, una vez en 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 sus antecedentes de vacunación o tiene alguna otra afección que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B - vacunas contra la COVID-19 - otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.	\$0
Atención hospitalaria para pacientes internados	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no figuran aquí: • habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería habituales • 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 • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón y	Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su emergencia.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivesicular. Si necesita un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por recibirlos localmente, siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) ofrece servicios de trasplantes en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted decide recibir un trasplante en ese lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. El viaje y el alojamiento deben ser aprobados por el plan. • sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrados de glóbulos rojos comienza únicamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • servicios médicos Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para ingresarlo formalmente como paciente hospitalizado. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que aún se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.	

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>, disponible en 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 Pagamos los servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización para miembros menores de 21 años o de 65 años o más. No hay un límite de días para los servicios. Hay un límite de por vida de 190 días para servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se proporcionan en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	\$0
Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta Cubriremos 90 días por período de beneficios y 60 días adicionales de reserva de por vida por encima de su límite de por vida para días de atención hospitalaria, y hasta 100 días por período de beneficios para atención en un centro de enfermería especializada. No pagamos su hospitalización si no es razonable y médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención hospitalaria no está cubierta, podemos pagar los servicios que reciba mientras está en un hospital o centro de enfermería.	\$0 Se aplican las normas de autorización.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Pagamos los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • servicios de médicos • pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio • terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios del técnico • apósitos quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • prótesis y dispositivos ortopédicos, excepto los dentales, incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. Estos dispositivos reemplazan todo o parte de: ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o ○ la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. • aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello, bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su estado de salud • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	
Servicios y suministros para enfermedades renales Pagamos los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en estadio IV y su médico debe remitirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando esté temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual para miembros</i>, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no sea accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si ingresa como paciente hospitalizado para recibir atención especial • Capacitación para autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le 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 las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para supervisar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua. La Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	
 Prueba de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Nuestro plan paga una prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 50-77 años, y • tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos un paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma actualmente, o dejó de fumar en los últimos 15 años Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba de detección cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor decide	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida para las pruebas de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas. Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después de la prueba inicial mediante LDCT: los miembros deben obtener una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede proporcionarse durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida para pruebas posteriores de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no reciben diálisis. También se ofrece después de un trasplante de riñón cuando su médico lo remite o lo ordena. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica a través de Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. Pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año posterior. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una remisión u orden de un médico]. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión u orden cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del MDPP para personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar los comportamientos saludables. Proporciona capacitación práctica sobre: • cambios en la alimentación a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • medicamentos que generalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o se administran por infusión mientras recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios ambulatorios o servicios en un centro de cirugía ambulatoria • insulina suministrada mediante un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizado por nuestro plan • el medicamento para el Alzheimer ^{Leqembi®} (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV). Además de los costos del medicamento, es posible que necesite estudios por imágenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento. Hable con su médico sobre los estudios por imágenes y las pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento. • factores de coagulación que se administra usted mismo mediante inyección si tiene hemofilia Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 Se aplican las normas de autorización

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B cuando reciba los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si está confinado a su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utiliza como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas	

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar • ciertos medicamentos para 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 inyectable si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) • inmunoglobulina IV para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • nutrición parenteral y enteral (alimentación IV 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 por medio de nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos por medio de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 de este <i>Manual para miembros</i> explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas. El Capítulo 6 de este <i>Manual para miembros</i> explica lo que paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de transporte médico no urgente (NEMT) El plan pagará los servicios de transporte a citas de atención médica que no sean de emergencia si no tiene otras opciones de transporte. - Estos viajes incluyen el transporte al médico, dentista, hospital, farmacia y otros lugares donde recibe servicios de atención médica. - Estos viajes no incluyen el transporte en ambulancia. Los servicios de NEMT incluyen: - pases o boletos de transporte, como transporte público dentro de ciudades o estados y entre ellos (incluidos trenes o autobuses) - servicios de transporte aéreo comercial - servicios de transporte a pedido (de acera a acera) en autobuses, camionetas o automóviles particulares (incluidos vehículos accesibles para sillas de ruedas, si es necesario) - reembolso por millaje para un participante de transporte individual (ITP) por un viaje completado y verificado para recibir un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una persona responsable, un familiar, un amigo o un vecino	\$0
Atención en un centro de enfermería Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: - habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) - comidas, incluidas dietas especiales - servicios de enfermería	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias presentes de manera natural en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • sangre, incluidos su almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de enfermería • pruebas de laboratorio que suelen proporcionar los centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología que suelen proporcionar los centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería • servicios de médicos/profesionales de la salud • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas dentaduras postizas • beneficios de la vista • exámenes de audición • atención quiropráctica • servicios de podiatría Por lo general, recibe atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro fuera de nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de jubilados con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención de centro de enfermería). • un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que salga del hospital.	

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección de obesidad y terapia para mantener un peso reducido Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, puede coordinarse con su plan completo de prevención. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	\$0
Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD) a través de un OTP, que incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, el manejo y la administración de estos medicamentos • asesoramiento sobre el consumo de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en su cuerpo (pruebas toxicológicas)	\$0
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí: • radiografías • radioterapia (con radio e isótopos), incluidos materiales y suministros del técnico • suministros quirúrgicos, como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • pruebas de laboratorio • sangre, incluidos su almacenamiento y administración	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRIs), electrocardiogramas (EKGs) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar una afección médica • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios para determinar si necesita ingresar como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los reglamentos del personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0
Servicios hospitalarios ambulatorios Pagamos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de atención ambulatoria de un hospital para	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como cirugía ambulatoria o servicios de observación • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin ella, se necesitaría tratamiento hospitalario • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Pagamos fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos de atención ambulatoria de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORFs) y otros centros.	\$0 Se aplican las normas de autorización
Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios Pagamos los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol • tratamiento del abuso de drogas	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- asesoramiento grupal o individual por un profesional clínico calificado - desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones - servicios para el consumo de alcohol o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo - tratamiento con Naltrexone (vivitrol) de liberación prolongada	
Cirugía ambulatoria Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios en centros hospitalarios de atención ambulatoria y centros de cirugía ambulatoria. Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio.	\$0
Artículos de venta libre (OTC) Beneficio para personas sin una afección crónica Los artículos de venta libre (OTC) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no requieren receta. Este plan cubre los artículos permitidos por Medicare. Los artículos cubiertos pueden incluir: - Cepillos de dientes - Vitaminas - Artículos de primeros auxilios - Aerosol nasal - Antiácidos - Pastillas para la tos - Analgésicos	\$0 <i>Este beneficio es para personas sin una afección crónica.</i> <i>Debe utilizar una tienda minorista dentro de la red de nuestro proveedor, Nations Benefits.</i> <i>Para ver los artículos elegibles, consultar su saldo o activar su tarjeta, visite:</i> ephmedicare.nations

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Artículos de higiene • Artículos de aseo personal • Y muchos más... Estas son las formas de acceder a su beneficio: 1. Compre en tiendas con su tarjeta de beneficios OTC Mastercard en Walgreens, Walmart, Dollar General, Family Dollar y CVS. Escanee el código de barras al pagar. 2. Haga pedidos en línea mediante el sitio web o la aplicación móvil para teléfonos inteligentes para recibirlos en su hogar. Llame para hacer un pedido. Tenga a mano los nombres de los productos, el número de su OTC Mastercard y la información de entrega. 3. Haga pedidos por correo. Llame para solicitar un catálogo y un formulario de pedido. Complete el formulario y envíelo por correo. Espere recibir su pedido entre 3-7 días a partir del día en que se recibió el pedido. 4. Todos los pedidos deben comprarse en tiendas minoristas participantes o hacerse mediante el minorista aprobado por el plan. Después de que el plan pague los beneficios OTC, usted es responsable del costo restante. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre este beneficio. Este plan cubre ciertos artículos aprobados sin receta y de venta libre, hasta \$50 cada mes en su OTC Mastercard. Los montos OTC no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre ni al siguiente año calendario.	benefits.com o descargue la aplicación móvil Benefits Pro

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario ambulatorio o por un centro comunitario de salud mental, y 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. Puede ayudarle a evitar una hospitalización. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo de salud conductual (mental) que se brinda como un servicio hospitalario ambulatorio, en un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural. Es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, 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.	\$0 Se aplican las normas de autorización
Servicios de asistencia personal El plan cubre la asistencia personal para las actividades de la vida diaria. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • arreglo personal • alimentación • baño • vestirse e higiene personal	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• tareas para la vida funcional / asistencia con la planificación • preparación de comidas • transporte o asistencia para conseguir transporte • asistencia para caminar y desplazarse • refuerzo de actividades de apoyo conductual o terapias especializadas; y • asistencia con medicamentos Estos servicios pueden ser autodirigidos si así lo desea. Esta opción permite que usted o su representante legalmente autorizado sea el empleador de algunos de sus proveedores de servicios y dirija la prestación de los servicios del programa.	
Dispositivo del sistema personal de respuesta a emergencias El dispositivo del sistema personal de respuesta a emergencias ayuda en caso de una caída o cualquier emergencia médica. Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios para obtener el dispositivo PERS.	\$0
Servicios de médicos/proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico Pagamos los siguientes servicios:	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios prestados en lugares como: - consultorio del médico - centro de cirugía ambulatoria certificado - departamento de atención ambulatoria de un hospital - cualquier otro lugar - consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista - exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria o especialista, si su médico los ordena para determinar si necesita tratamiento - Ciertos servicios de telesalud, incluidos los de atención primaria y especialistas. Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio por telesalud. - Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. - Algunos servicios de telesalud, incluidos consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional de la salud, para miembros en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare - servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para 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 en el hogar	

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental • servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente. • consultas breves virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico de cinco a diez minutos si ○ no es un paciente nuevo, y ○ la consulta breve no se relaciona con una consulta en el consultorio en los últimos siete días, y ○ la consulta breve no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la primera cita disponible • Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: ○ no es un paciente nuevo, y ○ la evaluación no se relaciona con una consulta en el consultorio en los últimos siete días, y ○ la evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la primera cita disponible • Consulta de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de podiatría Pagamos los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolones en el talón) • cuidado rutinario de los pies para miembros con afecciones que afectan las piernas, como la diabetes Tiene 10 consultas anuales para atención de podiatría rutinaria, como cuando necesita ayuda con uñas encarnadas. Debe utilizar un proveedor de nuestra red para este servicio.	\$0
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH (HIV) Si no tiene VIH (HIV), pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si cumple con los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la tarifa por inyectar el medicamento, si corresponde. • Hasta ocho sesiones individuales de asesoramiento (incluidas la evaluación del riesgo de VIH (HIV), la reducción del riesgo de VIH y la adherencia al medicamento) cada 12 meses.	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- Hasta ocho pruebas de detección de VIH (HIV) cada 12 meses. - Una prueba de detección del virus de la hepatitis B, una sola vez.	
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: - un tacto rectal - una prueba de antígeno prostático específico (PSA)	\$0
Prótesis y dispositivos ortopédicos y suministros relacionados Las prótesis reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o una función. Estas incluyen, entre otros: - pruebas, adaptación o capacitación en el uso de prótesis y dispositivos ortopédicos - bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía - marcapasos - aparatos ortopédicos - zapatos protésicos - brazos y piernas artificiales - prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) Pagamos algunos suministros relacionados con prótesis y dispositivos ortopédicos. También pagamos la reparación o el reemplazo de prótesis y dispositivos ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta tabla para obtener detalles.	\$0 Se aplican las normas de autorización

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. Debe tener una remisión u orden para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la COPD.	\$0
 Prueba de detección de 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 de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una sola vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (STIs) Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con un mayor riesgo de contraer una STI. Un proveedor de atención primaria debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También pagamos hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con un mayor riesgo de contraer STIs. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo solo si las proporciona un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	\$0
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) Para ver una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Pagamos los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • una habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesario • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas sustancias presentes de manera natural en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea • sangre, incluidos su almacenamiento y administración ○ El plan pagará la sangre entera y los concentrados de glóbulos rojos a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona done la sangre. ○ El plan pagará todos los demás componentes de la sangre a partir de la primera pinta utilizada. • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por los SNFs • pruebas de laboratorio proporcionadas por los SNFs • radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por los centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores Por lo general, recibe atención de SNF en centros de la red. Bajo ciertas condiciones, es posible que pueda recibir atención en un centro fuera de nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de jubilados con atención continua donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde atención de centro de enfermería) • un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que salga del hospital	
 Abandono del hábito de fumar y del consumo de tabaco El asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco está cubierto de manera ambulatoria y durante la hospitalización para las personas que cumplan estos criterios:	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • tienen capacidad mental y están alertas durante el asesoramiento • un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona el asesoramiento Cubrimos dos intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año).	
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Programa Health & Home Si le han diagnosticado alguna de las afecciones crónicas que cumplen con los requisitos, puede ser elegible para este beneficio suplementario especial para personas con enfermedades crónicas. • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes mellitus • Trastornos pulmonares crónicos • Enfermedad renal crónica (CKD) • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUDs) • Cáncer • Trastornos autoinmunitarios • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Enfermedad gastrointestinal crónica • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA (HIV/AIDS) • Afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes • Trastornos neurológicos Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 <i>La asignación mensual o los fondos no utilizados no se transferirán al mes siguiente.</i> <i>Debe utilizar una tienda minorista dentro de la red de nuestro proveedor, Nations Benefits.</i> <i>Para ver los artículos elegibles, consultar su saldo o activar su tarjeta, visite:</i> ephmedicare.nationsbenefits.com o descargue la aplicación móvil Benefits Pro

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Accidente cerebrovascular • Estado posterior a un trasplante de órgano • Trastornos de inmunodeficiencia e inmunosupresión • Afecciones asociadas con deterioro cognitivo • Afecciones con dificultades funcionales • Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven su capacidad funcional Comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios para completar la evaluación de riesgos de salud a fin de confirmar su elegibilidad para este beneficio. Una vez que reciba la aprobación, se le enviará su OTC Master Card precargada con una asignación combinada de \$140 cada mes para usar en los beneficios SSBCI, que incluyen alimentos y productos agrícolas, servicios públicos (gas, agua, electricidad o alquiler) o artículos de venta libre.	
Terapia de ejercicio supervisado (SET) Pagamos la SET para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que tengan una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Nuestro plan paga: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica las considera médicamente necesarias El programa de SET debe: • consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD	\$0 Se aplican las normas de autorización

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • realizarse en un entorno hospitalario de atención ambulatoria o en el consultorio de un médico • ser impartido por personal calificado que se asegure de que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD • estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico (PA) o un enfermero practicante (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado	
Servicios de transporte 55 viajes de ida para la cobertura de transporte rutinario que no sea de emergencia a lugares aprobados por el plan (dentro del área de servicio local). Si necesita servicios de transporte para citas médicas, dentales/de la vista, exámenes o farmacia, llame con al menos 48 horas de anticipación. Una compañía local de transporte contratada proporciona este servicio. Una vez que alcance el máximo de 55 viajes de ida, utilizará los servicios de transporte a través de nuestros servicios de Medicaid, STAR+PLUS. Este es un beneficio NEMT cubierto para citas médicas, clases de educación para la salud, lugares relacionados con factores no médicos que afectan la salud o reuniones del Grupo Asesor de Miembros.	\$0 Se debe avisar con 48 horas de anticipación para todas las solicitudes de transporte.
Atención de urgencia La atención de urgencia es la atención que se brinda para tratar: • una situación que no es una emergencia pero que requiere atención médica inmediata, o • una enfermedad imprevista, o Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• una lesión, o • una afección que necesita atención de inmediato. Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar recibirla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red porque, dadas la hora, el lugar o las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica). Los servicios de atención de urgencia solo están cubiertos dentro de los Estados Unidos. Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos por STAR+PLUS.	
 Atención de la vista Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos • hispanoamericanos Para las personas con diabetes, pagamos una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año.	\$0 Debe utilizar un proveedor de la red.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta una lente intraocular. Si se somete a dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par de anteojos después de la primera cirugía. <i>Además, cubrimos:</i> Una asignación anual de \$400 para un examen rutinario de la vista, refracción, anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto.	
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” una sola vez. La consulta incluye: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección e inyecciones (o vacunas)), y • remisiones para otra atención si la necesita. Nota: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” únicamente durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	\$0

Sección D.1 Nuestros servicios en el hogar y en la comunidad

Además de estos servicios generales, nuestro plan también cubre servicios en el hogar y en la comunidad. Estos son servicios que podría utilizar en lugar de ir a un centro. Para recibir

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

algunos de estos servicios, deberá cumplir los requisitos para los Servicios en el Hogar y en la Comunidad de STAR+PLUS (STAR+PLUS HCBS, también llamados la exención de STAR+PLUS). Su coordinador de servicios trabajará con usted para decidir si estos servicios son apropiados para usted y se incluirán en su plan de atención.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Ayudas de adaptación y suministros médicos El plan cubre los siguientes dispositivos, controles, aparatos o artículos necesarios para atender sus necesidades específicas, incluidos los necesarios para el soporte vital, hasta un límite de \$10,000 por año. El plan puede pagar lo siguiente si es médicamente necesario o necesario para su funcionamiento y, posiblemente, otros artículos/servicios que no se mencionan aquí: • elevadores, incluidos elevadores para vehículos • ayudas para la movilidad • dispositivos de posicionamiento • interruptores de control/interruptores y dispositivos neumáticos • unidades de control ambiental • suministros médicamente necesarios • ayudas para la comunicación (incluidas baterías) • equipo adaptativo/modificado para las actividades de la vida diaria • sujeciones de seguridad y dispositivos de seguridad Su coordinador de servicios puede ayudarle a obtener suministros o equipo médico.	\$0
Cuidado de adultos en hogares de acogida	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
El plan cubre alojamiento con atención las 24 horas en un hogar de acogida si tiene limitaciones físicas, mentales o emocionales, o si no puede continuar funcionando de manera independiente en su propio hogar. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • preparación de comidas • limpieza del hogar • cuidado personal • tareas de enfermería • supervisión • servicios de compañía • asistencia para la vida diaria • transporte	
Servicios de vida asistida El plan cubre alojamiento con atención las 24 horas si no puede vivir de manera independiente en su propio hogar. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • Hogar anfitrión/cuidado de compañía que le proporciona: ○ asistencia personal ○ tareas para la vida funcional ○ supervisión de su seguridad y protección ○ actividades de habilitación • Vida supervisada que le proporciona:	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
○ asistencia personal ○ tareas para la vida funcional ○ supervisión de su seguridad y protección ○ actividades de habilitación • Servicio de apoyo residencial que le proporciona: ○ asistencia personal ○ tareas para la vida funcional	
Terapia de rehabilitación cognitiva El plan cubre servicios que le ayudan a aprender o volver a aprender habilidades cognitivas. Estas habilidades pueden haberse perdido o alterado como resultado de daños a las células cerebrales o a la química cerebral.	\$0
Servicios de habilitación diurna • Estos servicios le ayudan a adquirir, conservar o mejorar las habilidades necesarias para vivir satisfactoriamente en el hogar o en entornos comunitarios. • Promueven la independencia, la elección personal y el logro de los resultados identificados en su plan de servicios.	\$0
Servicios dentales	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
El plan cubre los siguientes servicios para ayudar a conservar sus dientes y satisfacer sus necesidades médicas hasta \$5,000 por año. Si se requieren los servicios de un cirujano oral, puede recibir \$5,000 adicionales por año. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • tratamiento dental de emergencia • tratamiento dental preventivo • tratamiento dental terapéutico (restauración, mantenimiento, etc.) • tratamiento dental ortodóntico	
Servicios de respuesta a emergencias El plan cubre servicios de respuesta a emergencias mediante un sistema de monitoreo electrónico las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En una emergencia, puede presionar un botón de llamada para solicitar ayuda.	\$0
Asistencia para el empleo El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • identificación de sus preferencias de empleo, habilidades laborales y requisitos para un entorno y condiciones de trabajo • localización de posibles empleadores que ofrezcan empleo compatible con sus preferencias, habilidades y requisitos identificados • contacto con un posible empleador en su nombre y negociación de su empleo • transporte	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
participación en reuniones del equipo de planificación de servicios	
Servicios de tareas para la vida funcional Estos servicios le ayudan con: - planificación y preparación de comidas - transporte o ayuda para conseguir transporte - asistencia para caminar y desplazarse - refuerzo de actividades de apoyo conductual o terapias especializadas - asistencia con medicamentos	\$0
Comidas entregadas a domicilio El plan cubre comidas calientes y nutritivas que se sirven en su hogar. Las comidas se limitan a una o dos por día.	\$0
Modificaciones menores del hogar El plan cubre modificaciones menores del hogar para garantizar su salud, bienestar y seguridad y permitirle funcionar con mayor independencia en su hogar. El plan cubrirá hasta \$7,500 durante toda su vida y también cubrirá hasta \$300 cada año para reparaciones. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: - instalación de rampas y barras de apoyo - ampliación de entradas - modificaciones de las instalaciones de la cocina y el baño, y - otras adaptaciones especializadas de accesibilidad	\$0
Servicios de enfermería	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
El plan cubre el tratamiento y monitoreo de sus afecciones médicas, especialmente si tiene afecciones crónicas que requieren tareas de enfermería específicas.	
Terapia ocupacional El plan cubre la terapia ocupacional, que proporciona evaluación y tratamiento por un terapeuta ocupacional con licencia. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • pruebas de detección y evaluación • elaboración de planes de tratamiento terapéutico • intervención terapéutica directa • asistencia y capacitación con ayudas de adaptación y dispositivos de comunicación aumentativa • consulta y capacitación para otros proveedores de servicios y familiares • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda	\$0
Servicios de asistencia personal El plan cubre la asistencia personal para las actividades de la vida diaria. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • arreglo personal • alimentación • baño • vestirse e higiene personal • tareas para la vida funcional / asistencia con la planificación <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
• preparación de comidas • transporte o asistencia para conseguir transporte • asistencia para caminar y desplazarse • refuerzo de actividades de apoyo conductual o terapias especializadas; y • asistencia con medicamentos	
Fisioterapia El plan cubre fisioterapia, evaluaciones y tratamientos por un fisioterapeuta con licencia. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • pruebas de detección y evaluación • elaboración de planes de tratamiento terapéutico • intervención terapéutica directa • asistencia y capacitación con ayudas de adaptación/dispositivos de comunicación aumentativa • consulta y capacitación para otros proveedores de servicios y familiares • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda	\$0
Atención de relevo El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento, hasta 30 visitas al año y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • asistencia personal • actividades de habilitación • actividades comunitarias <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
• actividades de ocio • supervisión de su seguridad y protección • desarrollo de comportamientos socialmente valorados • desarrollo de habilidades para la vida diaria La atención de relevo se proporciona para garantizar su comodidad, salud y seguridad. Puede proporcionarse en los siguientes lugares: su hogar o lugar de residencia; un hogar de acogida para adultos; un centro de enfermería certificado por Medicaid de Texas; y un centro de vida asistida.	
Terapia del habla, la audición y el lenguaje El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • pruebas de detección y evaluación • elaboración de planes de tratamiento terapéutico • intervención terapéutica directa • asistencia/capacitación con ayudas de adaptación y dispositivos de comunicación aumentativa • consulta y capacitación para otros proveedores de servicios y familiares • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda	\$0
Consultoría de apoyo El plan cubre la consultoría de apoyo opcional proporcionada por un asesor de apoyo certificado que usted elija. Este asesor le ayudará a aprender y desempeñar las responsabilidades de un empleador. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí:	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
• reclutamiento, evaluación y contratación de trabajadores • preparación de descripciones de puestos de trabajo • verificación de la elegibilidad y las calificaciones para el empleo, y otros documentos requeridos para emplear a una persona • gestión de trabajadores • otras habilidades profesionales según sea necesario	
Empleo con apoyo El plan cubre el empleo con apoyo, que se le proporciona en su lugar de trabajo si: • necesita servicios de apoyo para mantener el empleo debido a una discapacidad; • recibe el salario mínimo (o más) por el trabajo realizado; y • su lugar de trabajo es competitivo e integrado. El plan también cubre el transporte de ida y vuelta a su lugar de trabajo, y la supervisión y capacitación que recibe más allá de lo que un empleador normalmente proporcionaría.	\$0
Servicios de asistencia para la transición El plan cubre una transición de un centro de enfermería a un hogar en la comunidad, hasta un límite de \$2,500. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médicamente necesarios o necesarios para su funcionamiento y, posiblemente, otros servicios que no se mencionan aquí: • pago de depósitos de garantía requeridos para alquilar un apartamento o una casa • cargos de instalación o depósitos para establecer servicios públicos para el hogar, incluidos teléfono, electricidad, gas y agua	\$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
• compra de artículos esenciales para el apartamento o la casa, incluidos mesa, sillas, persianas, utensilios para comer, artículos para preparar alimentos y ropa de baño • pago de gastos de mudanza necesarios para mudarse u ocupar la casa o el apartamento; y • pago de servicios para garantizar su salud en el apartamento o la casa, como exterminación de plagas, control de alérgenos o limpieza por única vez antes de ocuparlo	

SECCIÓN E Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare o Medicaid de pago por servicio.

SECCIÓN F Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare, STAR+PLUS o Medicaid de pago por servicio

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare, STAR+PLUS y Medicaid de pago por servicio tampoco los pagan.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna circunstancia y algunos que excluimos solo en ciertos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual para miembros*), excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si cree que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- servicios que no se consideran “razonables y médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y STAR+PLUS, a menos que los enumeremos como servicios cubiertos
- tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el Capítulo 3 de este Manual para miembros para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- enfermeros privados
- artículos personales en su habitación de un hospital o centro de enfermería, como un teléfono o televisor
- atención de enfermería de tiempo completo en su hogar
- honorarios cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar
- Comidas entregadas a domicilio (las comidas entregadas a domicilio son un servicio cubierto si está inscrito en el programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad de STAR+PLUS (HCBS)). procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, rendimiento deportivo, fines cosméticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía estética u otros procedimientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que tenga una malformación. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que tenga una apariencia similar
- atención quiropráctica, excepto la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura
- cuidado rutinario de los pies, excepto según se describe en Servicios de podiatría en la Tabla de beneficios de la Sección D

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 4 Tabla de beneficios

- zapatos ortopédicos, a menos que formen parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato, o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético
- dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético
- reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta
- servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios proporcionados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos de VA son mayores que los costos compartidos de nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted sigue siendo responsable de sus montos de costos compartidos.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

CAPÍTULO 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios

INTRODUCCIÓN

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le receta y que usted obtiene en una farmacia o mediante un servicio de pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y STAR+PLUS. El **Capítulo 6** de este *Manual para miembros* le indica cuánto paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se analizan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, incluyen medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una consulta con un médico u otro proveedor y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre los medicamentos de la Parte B de Medicare que están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si recibe cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección F3**, «En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare».

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre que siga las reglas de esta sección.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

Un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada para recetar) debe emitirle una receta que sea válida conforme a la legislación aplicable de Texas. A menudo, esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También puede ser otro proveedor si su PCP lo ha remitido para recibir atención.

La persona que le receta **no** debe estar en las Listas de exclusión o inhabilitación de Medicare.

Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede surtir su receta mediante el servicio de pedido por correo del plan.

Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. Para abreviar, la llamamos «*Lista de medicamentos*». (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo otorgándole una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9**, sección G3, para informarse sobre cómo solicitar una excepción.

Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. La persona que le receta puede ayudar a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento *que*:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la cual se receta, o
- Está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System, o NCCN Drugs and Biologics Compendium.

Su medicamento puede requerir la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

SECCIÓN A Cómo surtir sus recetas

Sección A.1 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el Directorio de *proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios.

Sección A.2 Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta

Para surtir su receta, muestre su **tarjeta de identificación de** miembro en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura la parte que nos corresponde del costo de su medicamento cubierto. Es posible que deba pagar un copago a la farmacia cuando recoja su medicamento recetado.

Si no lleva su tarjeta de identificación de miembro cuando surta su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedirle que busque la información sobre su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total del medicamento recetado al recogerlo. Después puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicios para Miembros.** Haremos todo lo posible para ayudarlo.

- Para solicitarnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

Sección A.3 Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de su receta, puede pedir a un proveedor que emita una nueva receta o *pedir* a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si quedan resurtidos disponibles.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios.

Sección A.4 Qué hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red de nuestro plan, deberá encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el Directorio de *proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios.

Sección A.5 Cómo usar una farmacia especializada

A veces las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.

AMERITA INC.

7338 REMCON CIR STE 300 EL PASO, TX 79912-1637 Teléfono: 9156135580 Sitio web:
Idioma: ES EN Horario del domingo: Cerrado Horario del lunes: 8:30 AM - 5:30 PM Horario del martes: 8:30 AM - 5:30 PM Horario del miércoles: 8:30 AM - 5:30 PM Horario del jueves: 8:30 AM - 5:30 PM Horario del viernes: 8:30 AM - 5:30 PM Horario del sábado: Cerrado

VITAL CARE OF SUN CITY

12025 ROJAS DR STE 1 EL PASO, TX 79936-7759 Teléfono: 9159107070 Sitio web: Idioma: EN Horario del domingo: Cerrado Horario del lunes: 09:00 AM - 05:00 PM Horario del martes: 09:00 AM - 05:00 PM Horario del miércoles: 09:00 AM - 05:00 PM Horario del

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

jueves:09:00 AM - 05:00 PM Horario del viernes: 09:00 AM - 05:00 PM Horario del sábado:
Cerrado

- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no está en nuestra red o tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-497-7710 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para Indígenas, los programas tribales o el Programa de Salud para Indígenas Urbanos (no están disponibles en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que la FDA restringe a ciertos lugares o que requieren manejo especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería ocurrir rara vez). Para encontrar una farmacia especializada, consulte el Directorio de proveedores y farmacias, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios.

Sección A.6 Cómo usar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos disponibles mediante pedido por correo son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro del medicamento para hasta 100 días. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Cómo surtir recetas por correo

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono de Servicios para Miembros está impreso en la contraportada de este folleto.

Por lo general, un medicamento recetado mediante pedido por correo llega en un plazo de 7-10 días. Si su medicamento recetado se retrasa y la demora es responsabilidad de la farmacia de pedido por correo, la farmacia acelerará el envío sin costo para usted. Si su medicamento recetado va a retrasarse y usted se queda sin medicamento, la farmacia de pedido por correo puede transferir la receta a una farmacia minorista local para que lo recoja.

Procesos de pedido por correo

El servicio de pedido por correo tiene distintos procedimientos para las recetas nuevas que recibe de usted, las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas de pedido por correo.

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y entrega automáticamente las recetas nuevas que recibe de usted.

2. Recetas nuevas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

Después de recibir una receta de un proveedor de atención médica, la farmacia se comunica con usted para saber si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluidas la concentración, la cantidad y la forma farmacéutica) y, de ser necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarle qué hacer con la receta nueva y evitar demoras en el envío.

3. Resurtidos de recetas de pedido por correo

Para obtener resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agote su medicamento recetado actual para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Informe a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted para que pueda confirmar su pedido antes de enviarlo. *Asegúrese de informar a la farmacia las mejores*

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

maneras de comunicarse con usted. El número de teléfono de Servicios para Miembros está impreso en la contraportada de este folleto.

Sección A.7 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento incluidos en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El Directorio de *proveedores y farmacias* le indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros para obtener más información.

Puede usar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para informarse sobre los servicios de pedido por correo.

Sección A.8 Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

Pagamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

Por ejemplo, durante un desastre declarado y cualquier límite de sus políticas fuera de la red; límites de días de suministro, uso de pedido por correo durante viajes prolongados fuera del área, autorización o notificación al plan.

Sección A.9 Reembolso por un medicamento recetado

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo total en lugar de un copago cuando obtenga su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Es posible que deba pagar la

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Para obtener más información al respecto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.

SECCIÓN B Lista de medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos «*Lista de medicamentos*».

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le indica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

Sección B.1 Medicamentos en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y productos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por STAR+PLUS.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero considerarse fuera del formulario para otras afecciones médicas. Estos medicamentos se identificarán en nuestra *Lista de medicamentos* y en Medicare.gov, junto con la afección médica específica para la que están cubiertos.

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

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a «medicamentos», esto puede significar un medicamento o un producto biológico.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

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

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

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos OTC. Algunos medicamentos OTC cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Sección B.2 Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento que toma está en nuestra *Lista de medicamentos*, puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan en www.ephmedicare.com. La *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o solicitar una copia de la lista.
- Usar nuestra «Herramienta de beneficios en tiempo real» en www.ephmedicare.com para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* y obtener una estimación de lo que pagará y saber si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros. Puede acceder a la *Herramienta de beneficios en tiempo real para verificar los medicamentos recetados cubiertos y su costo*. Para consultar esta información, visite nuestro sitio web en www.ephmedicare.com.

Sección B.3 Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si considera que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su situación, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estas son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D de Medicare y de STAR+PLUS) no puede pagar un medicamento que ya cubra la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre sin costo los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no esté aprobado para tratarla. Esto se llama «uso fuera de indicación». Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos recetados para uso fuera de indicación.

Brindamos cobertura para los siguientes medicamentos o clases de medicamentos que de otro modo estarían restringidos, a través de Medicaid, que elige brindar cobertura a todos los beneficiarios de Medicaid, incluidos los beneficiarios con elegibilidad doble que reciben beneficios completos de este plan.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

- determinados agentes cuando se usan para la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- determinados agentes cuando se usan para el alivio sintomático de la tos y los resfriados
- determinados productos de vitaminas y minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y el fluoruro
- determinados medicamentos de venta libre

Estos medicamentos están cubiertos según se describe en el sitio web del estado, www.txvendordrug.com.

Sección B.4 Niveles de costos compartidos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de 6 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos u OTC). En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será su costo por el medicamento.

Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos

Nivel 2 - Medicamentos genéricos

Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos

Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferidos

Nivel 5 - Medicamentos especializados

Nivel 6 - Medicamentos complementarios

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en nuestra *Lista de medicamentos*.

El Capítulo 6 de este *Manual para miembros* indica la cantidad que paga por los medicamentos de cada nivel.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

SECCIÓN C Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas lo animan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro de menor costo funciona tan bien como uno de mayor costo, esperamos que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la concentración, la cantidad o la forma farmacéutica recetada por su proveedor, y pueden aplicarse distintas restricciones a las diferentes versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; tableta frente a líquido).

Si hay una regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba informarnos primero su diagnóstico o proporcionar resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, solicítenos que usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos aceptar o rechazar que use el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca o de productos biológicos originales cuando hay, respectivamente, una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o producto biológico original y suele costar menos. Si hay disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionan la versión genérica.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

- Sin embargo, si su proveedor nos informó la razón médica por la que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted, escribió «No sustituir» en su receta de un medicamento de marca o producto biológico original, o nos informó la razón médica por la que el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o la persona que le receta deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se llama autorización previa (PA). Se **establece** para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros al número que aparece al pie de la página o visite nuestro sitio web en www.ephmedicare.com para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igual de eficaces antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, podemos exigirle que pruebe primero el Medicamento A.

Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces cubrimos el Medicamento B. Esto se llama terapia escalonada. Llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros al número que aparece al pie de la página o visite nuestro sitio web en www.ephmedicare.com para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podríamos limitar la cantidad del medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta.

Para averiguar si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web en

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

www.ephmedicare.com. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

SECCIÓN D Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces un medicamento puede no estar cubierto como usted desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. El medicamento puede no estar en nuestra *Lista de medicamentos*. Podemos cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y es posible que aún no hayamos evaluado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas o límites especiales sobre su cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o la persona que le receta pueden querer solicitarnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea mayor de lo que considera que debería ser.

Hay medidas que puede tomar si no cubrimos un medicamento como usted desea.

Sección D.1 Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando este no está en nuestra *Lista de medicamentos* o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre obtener un medicamento diferente o solicitarnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir las dos reglas siguientes:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en nuestra Lista de medicamentos, o
 - nunca estuvo en nuestra Lista de medicamentos, o

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

- ahora está limitado de alguna manera.
2. Debe encontrarse en una de estas situaciones:
- Estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los *primeros* 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es para hasta 30 días.
 - Si su receta está emitida para menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades cada vez para evitar desperdicios.
 - Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los *primeros* 90 días de su membresía en nuestro plan.
 - Este suministro temporal es para **hasta 30** días.
 - Si su receta está emitida para menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades cada vez para evitar desperdicios.
 - Ha estado en nuestro plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un *suministro para 31 días*, o menos si su receta está emitida para menos días. Esto es adicional al suministro temporal anterior.
 - Nivel de atención - El proceso de transición de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) contempla otras circunstancias en las que podrían surgir transiciones no planificadas para miembros actuales y en las que los regímenes de medicamentos recetados podrían no estar en nuestro formulario. Estas circunstancias generalmente implican cambios en el nivel de atención de un miembro que pasa de un entorno de tratamiento a otro, como:
 - a) Miembros que ingresan a centros de atención a largo plazo (LTC) desde hospitales con una lista de medicamentos al alta del formulario del hospital y

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

con una planificación considerada a muy corto plazo (es decir, menos de 8 horas).

- b) Miembros dados de alta de un hospital para regresar a su hogar con una planificación a muy corto plazo.
- c) Miembros que finalizan su estancia en un centro de enfermería especializada cubierta por la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que deben volver al formulario de su plan de la Parte D.
- d) Miembros que renuncian a su condición de beneficiarios de cuidados paliativos para volver a los beneficios estándar de las Partes A y B de Medicare.
- e) Miembros que finalizan una estancia en un centro LTC y regresan a la comunidad.
- f) Miembros dados de alta de hospitales psiquiátricos con regímenes de medicamentos sumamente individualizados.
- g) Las circunstancias anteriores suelen dar lugar a que los miembros y/o proveedores utilicen los procesos de excepciones y/o apelaciones de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP). Para estas transiciones no planificadas, El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) toma determinaciones y redeterminaciones de cobertura con la rapidez que requiere el estado de salud del miembro.
- h) El proceso de transición de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) garantiza una conciliación adecuada de los medicamentos del miembro al ser dado de alta de centros LTC u otros centros, para lograr una transición de atención eficaz.
- i) El estándar actual de atención promueve que los cuidadores reciban recetas de la Parte D para pacientes ambulatorios antes del alta de una estancia cubierta por la Parte A. Los miembros, por causas ajenas a su voluntad, pueden no tener acceso al resto del medicamento recetado que se dispensó anteriormente.
- j) El proceso de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) permite al miembro obtener un resurtido al ingresar a un centro LTC o al ser dado de alta de este.
- k) El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) utiliza los datos de las reclamaciones de pago para determinar si el miembro ha tenido un cambio en el nivel de atención y permite surtir un suministro de transición cuando corresponda. Cuando no se pueden utilizar los datos de las reclamaciones de

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

pago para determinar un cambio en el nivel de atención, es posible que una farmacia deba llamar a Servicios para Miembros de Navitus para procesar una anulación de restricciones en el punto de venta a fin de surtir este tipo de suministro de transición.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-833-497-7710 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección D.2 Cómo solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se agote su suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos para tratar la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

O

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor indica que tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarlo a solicitarla.

Sección D.3 Cómo solicitar una excepción

Si un medicamento que toma se retirará de nuestra *Lista de medicamentos* o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento el próximo año como usted desea.
- Respondemos a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona que le receta).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios.

SECCIÓN E Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir exigir o dejar de exigir autorización previa (PA) para un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de *nuestro plan*. Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

Si toma un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más económico que funcione tan bien como uno que actualmente está en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- se retire un medicamento del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que toma?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede:

- Consultar nuestra Lista de medicamentos actual en línea en www.ephmedicare.com, o
- Llamar a Servicios para Miembros al número que aparece al pie de la página para consultar nuestra Lista de medicamentos actual.

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

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* ocurrirán de inmediato. Por ejemplo:

- Un medicamento genérico nuevo pasa a estar disponible. A veces sale al mercado un medicamento genérico o biosimilar nuevo que funciona tan bien como un medicamento de marca o producto biológico original que actualmente está en la *Lista de medicamentos*. Cuando esto sucede, podemos quitar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo o será menor.

Cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que ocurra.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una «excepción» a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Retiro de medicamentos inseguros y otros medicamentos retirados del mercado. A veces se descubre que un medicamento no es seguro o se retira del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos retirarlo de inmediato de nuestra *Lista de medicamentos*. Si usted toma el medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informamos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas recomendaciones o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando ocurren estos cambios:

- Le avisamos al menos 30 días antes de hacer el cambio en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- Le avisamos y le damos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otra persona que le receta. Ellos pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar, o
- Si debería solicitar una excepción a estos cambios para continuar con la cobertura del medicamento o de la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este Manual para miembros.

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

Podemos hacer cambios en medicamentos que toma que no se describen anteriormente y que no lo afectan ahora. Para esos cambios, si está tomando un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, por lo general no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que toma o limitamos su uso, el cambio no afecta su uso del medicamento ni lo que paga por este durante el resto del año.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que toma (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del año siguiente.

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

SECCIÓN F Cobertura de medicamentos en casos especiales

Sección F.1 En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan

Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estancia. No pagará un copago. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre que cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que paga, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual para miembros*.

Sección F.2 En un centro de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte o necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

Sección F.3 En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo.

- Puede estar inscrito en un programa de cuidados paliativos de Medicare y necesitar ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos para el dolor, contra las náuseas, laxantes o contra la ansiedad) que su programa de cuidados paliativos no cubre porque no están relacionados con su pronóstico terminal y sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona que le receta o de su proveedor de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras en la obtención de medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, puede pedir a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona que le receta que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que surta su receta.

Si deja de recibir cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve documentación a la farmacia que confirme que dejó de recibir cuidados paliativos.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que describen los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos.

SECCIÓN G Programas de seguridad y manejo de medicamentos

Sección G.1 Programas que lo ayudan a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores de medicamentos o medicamentos que:

- pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar que cumple la misma función
 - pueden no ser seguros para su edad o sexo
-

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

- podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- pueden tener un error en la cantidad (dosis)
- tienen cantidades inseguras de medicamentos opioides para el dolor

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajamos con su proveedor para corregirlo.

Sección G.2 Programas que lo ayudan a manejar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En estos casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo de la terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si cumple los requisitos del programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud realizará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre

Luego le proporcionarán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen incluye un plan de acción sobre medicamentos que recomienda lo que puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

Es una buena idea hablar con la persona que le receta sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplen los requisitos. Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribimos en el programa y le enviamos información. Si no desea participar en el programa, infórmenos y lo retiraremos.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios.

Sección G.3 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos que suelen usarse indebidamente. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varias personas que recetan o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con la persona que le receta para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con la persona que le receta, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas recetados podría no ser seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

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

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 5 Obtención de sus medicamentos ambulatorios

estos medicamentos para usted o si se le exigirá obtener las recetas de estos medicamentos únicamente de un proveedor o una farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas que recetan o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si considera que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona que le receta pueden presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*).

El DMP puede no aplicarse a usted si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- recibe cuidados paliativos, cuidados de hospicio o atención al final de la **vida**, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS

INTRODUCCIÓN

Este capítulo indica lo que paga por sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Por «medicamentos», nos referimos a:

- Medicamentos de la Parte D de Medicare, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid, y

Debido a que es elegible para STAR+PLUS, recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviamos un documento adicional por separado, llamado «Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados» (también conocido como «Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos» o «Cláusula adicional LIS»), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento adicional, llame a Servicios para Miembros y solicite la «Cláusula adicional LIS».

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Ayuda Adicional también se llama «Subsidio por bajos ingresos» o «LIS».

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede consultar lo siguiente:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - La llamamos *Lista de medicamentos*. Le indica:
 - qué medicamentos pagamos

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS

- en cuál de los 6 niveles está cada medicamento
 - si hay algún límite para los medicamentos
- Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en www.ephmedicare.com.
- **El Capítulo 5** de este Manual para miembros.
 - Le indica cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
 - Cuando usa la «Herramienta de beneficios en tiempo real» del plan para consultar la cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro Directorio de proveedores y farmacias.
 - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera nuestras farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

SECCIÓN A La Explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza cuando obtiene medicamentos recetados en la farmacia. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Sus **gastos de bolsillo**. **Esta es** la cantidad de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos recetados. Incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago de sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago de sus medicamentos realizado por

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS

Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAPs).

- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. Para abreviar, la llamamos EOB. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El resumen indica qué medicamentos obtuvo el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otras personas pagaron por usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero**. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información sobre el precio** de los medicamentos. Este es el precio total del medicamento y los cambios en su precio desde el primer surtido de cada reclamación de pago de receta por la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles con menores costos compartidos para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para sus gastos de bolsillo totales.
- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados y de venta libre están cubiertos por STAR+PLUS. Estos medicamentos están incluidos en la *Lista de medicamentos*.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

SECCIÓN B Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza, usamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Así puede ayudarnos:

1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo del medicamento.

Estos son ejemplos de cuándo debería entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene mediante un programa de asistencia para pacientes de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.

3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas realizan por usted.

Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS

(ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo.

4. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?
- **¿Obtuvo los medicamentos que se enumeran?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

Sección B.1 ¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios para Miembros de <plan name>. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: www.ephmedicare.com

Sección B.2 ¿Qué sucede con un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para Miembros de El Paso Health Medicare Align (HMO-D-SNP).
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo.
- También puede llamar a la Oficina del Inspector General de Salud y Servicios Humanos de Texas para presentar una queja al 1-800-447-8477.

Si considera que algo es incorrecto o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN C Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en nuestro plan. Cuánto paga por cada medicamento recetado depende de su nivel de Ayuda Adicional y de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Estas son las dos etapas:

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde. La parte que le corresponde se llama copago. Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos durante el año de cobertura . Comienza esta etapa cuando ha pagado una cantidad determinada de gastos de bolsillo.

Sección C.1 Nuestro plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el número de nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de costos compartidos de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Nivel 1: Genéricos preferidos
- Nivel 2: Genéricos
- Nivel 3: De marca preferidos
- Nivel 4: No preferidos
- Nivel 5: Medicamentos especializados
- Nivel 6: Medicamentos complementarios

Sección C.2 Sus opciones de farmacia

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

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 de este Manual para miembros para averiguar cuándo lo hacemos.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* **para** informarse sobre cómo presentar una apelación si le indican que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Sección C.3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado «suministro extendido») cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

Sección C.4 Lo que paga

Es posible que pague un copago cuando surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, paga el precio menor.

Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS

La parte del costo que le corresponde cuando obtiene un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento cubierto en:

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 30 días	El servicio de pedido por correo de nuestro plan Un suministro para un mes o hasta 30 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Un suministro para hasta 31 días
Costos compartidos Nivel 1 (<i>Genéricos preferidos</i>)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos compartidos Nivel 2 (<i>Genéricos</i>)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos compartidos Nivel 3 (<i>De marca preferidos</i>)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos compartidos Nivel 4 (<i>De marca no preferidos</i>)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos compartidos Nivel 5 (<i>Medicamentos especializados</i>)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos compartidos Nivel 6 (<i>Medicamentos complementarios</i>)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

SECCIÓN D Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la parte que le corresponde. La parte que le corresponde se llama copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentre el medicamento y de dónde lo obtenga.

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan está en uno de 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el número de nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de costos compartidos de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Nivel 1: Genéricos preferidos
- Nivel 2: Genéricos
- Nivel 3: De marca preferidos
- Nivel 4: No preferidos
- Nivel 5: Medicamentos especializados
- Nivel 6: Medicamentos complementarios

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

- Copago de \$1.60 o
- Copago de \$5.00 o
- Copago de \$5.80 o
- Copago de \$14.40

Sección D.1 Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red, **o**
- Una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para averiguar cuándo lo hacemos.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

Sección D.2 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado «suministro extendido») cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este Manual para miembros o el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

Sección D.3 Lo que paga

Durante la Etapa de cobertura inicial, puede pagar un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, paga el precio menor.

Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS

	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo de nuestro plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red
	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Un suministro para hasta 31 días
Costos compartidos Nivel 1 (<i>Genéricos preferidos</i>)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos compartidos Nivel 2 (<i>Genéricos</i>)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos compartidos Nivel 3 (<i>De marca preferidos</i>)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos compartidos Nivel 4 (<i>De marca no preferidos</i>)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos compartidos Nivel 5 (<i>Medicamentos especializados</i>)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos compartidos Nivel 6 (<i>Medicamentos complementarios</i>)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS

Sección D.4 Fin de la Etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura inicial termina cuando sus gastos de bolsillo totales alcanzan \$2,400. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta el final del año.

Ofrecemos medicamentos adicionales que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para sus gastos de bolsillo.

Su EOB lo ayuda a llevar un registro de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informamos si alcanza el límite de \$2,400. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

SECCIÓN E Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de \$2,400 para sus medicamentos, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Por los medicamentos de STAR+PLUS y los medicamentos excluidos incluidos en nuestro beneficio mejorado, paga un copago.

SECCIÓN F Los costos de sus medicamentos si su médico receta menos de un suministro para un mes completo

En algunos casos, paga un copago para cubrir un suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Puede haber ocasiones en que desee preguntar a su médico sobre recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, no paga un suministro para un mes completo de ciertos medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS

Cuando obtiene un suministro de un medicamento para menos de un mes, la cantidad que paga se basa en el número de días de medicamento que recibe. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (la «tasa diaria de costos compartidos») y la multiplicamos por el número de días de medicamento que recibe.

- Este es un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento por un suministro para un mes completo (un suministro para 30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que paga por su medicamento es menos de \$0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para siete días, su pago es menos de \$.05 por día multiplicado por siete días, para un pago total de menos de \$0.35.
- Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de pagar un suministro para un mes completo.
- También puede pedir a su proveedor que recete un suministro de un medicamento para menos de un mes completo para ayudarlo a:
 - Planificar mejor cuándo volver a surtir sus medicamentos
 - Coordinar los resurtidos con otros medicamentos para hacer menos viajes a la farmacia

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS

1. La primera parte corresponde al costo de la vacuna en sí.
2. La segunda parte corresponde al costo de administrarle la vacuna. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna mediante una inyección administrada por su médico. (Esto a veces se llama administración de la vacuna).

Sección G.1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos llamar a Servicios para Miembros si planea recibir una vacuna.

- Podemos informarle cómo cubre su vacuna nuestro plan.
- Podemos indicarle cómo mantener bajos sus costos usando farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que no tenga costos por adelantado por una vacuna de la Parte D de Medicare.

Sección G.2 Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué se está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para informarse sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Es posible que deba pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si una organización llamada Comité Asesor sobre **Prácticas de Vacunación (ACIP) recomienda la vacuna para** adultos, la vacuna no tendrá costo para usted.

Estas son tres formas comunes en que podría recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare y recibe la inyección en una farmacia de la red.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, no paga nada por la vacuna.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

2. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y su médico le administra la inyección.

- No paga nada al médico por la vacuna.
- Nuestro plan paga el costo de administrarle la inyección.
- El consultorio del médico debería llamar a nuestro plan en esta situación para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.

3. Obtiene el medicamento de la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y lo lleva al consultorio de su médico para recibir la inyección.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, no paga nada por la vacuna.
- Nuestro plan paga el costo de administrarle la inyección.

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

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

INTRODUCCIÓN

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar un pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

SECCIÓN A Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan sus servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) le facturen estos servicios. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos, no pague la factura y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, pagaremos directamente al proveedor.
 - Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a un reembolso.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos.
-

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

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

- Si pagó por servicios cubiertos por STAR+PLUS, no podemos reembolsarle, pero el proveedor lo hará. Servicios para Miembros o el coordinador de servicios pueden ayudarlo a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte el pie de la página para obtener el número de teléfono de Servicios para Miembros.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios si tiene alguna pregunta. Si no sabe cuánto debería haber pagado o recibe una factura y no sabe qué hacer, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea proporcionarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Los ejemplos de ocasiones en las que puede necesitar solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió incluyen:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pida al proveedor que nos facture.

- Si paga la cantidad total cuando recibe la atención, solicítenos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor que solicita un pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó por el servicio de Medicare, le reembolsaremos.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos recetados. Pero a veces cometen errores y le piden que pague sus servicios o más de la parte de los costos que le corresponde. **Llame a Servicios para Miembros** o a su coordinador de servicios al número que aparece al pie de esta página **si recibe alguna factura**.

- Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos sus servicios cubiertos.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

A veces su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si se inscribió retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

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

Si usa una farmacia fuera de la red, paga el costo total de su medicamento recetado.

- Solo en unos pocos casos cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso.
- Consulte el Capítulo 5 de este Manual para miembros para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado de la Parte D de Medicare porque no lleva su tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva su tarjeta de identificación de miembro, puede pedir a la farmacia que nos llame o que busque la información sobre su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

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

- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio al contado que pagó es mayor que nuestro precio negociado para el medicamento recetado.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado de la Parte D de Medicare que no está cubierto

Puede pagar el costo total del medicamento recetado porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento puede no estar en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) en nuestro sitio web, o puede tener un requisito o una restricción que usted no conoce o considera que no se aplica a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento pero considera que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este Manual para miembros).
 - Si usted y su médico u otra persona que le receta consideran que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este Manual para miembros).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otra persona que le receta para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es mayor que nuestro precio negociado para el medicamento recetado.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. Esto se llama tomar una «decisión de cobertura». Si decidimos que el servicio o medicamento debería estar cubierto, pagamos la parte que nos corresponde de su costo.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para informarse sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

SECCIÓN B Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare, o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del **proveedor. Es una buena idea hacer una copia de su factura y sus recibos para sus registros.** Puede pedir ayuda a su coordinador de servicios. *Debe* enviarnos su información dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para decidir, puede completar nuestro formulario de reclamación de pago para solicitar un pago.

- No está obligado a usar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápidamente.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web www.ephmedicare.com o llamar a Servicios para Miembros y solicitarlo.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

El Paso Health Medicare Advantage
A la atención de: Departamento de Reclamaciones de Pago
P.O. Box 971370
El Paso, Texas 79997-1370

SECCIÓN C Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si corresponde, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información de usted.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

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

- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos la parte que nos corresponde de su costo. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por la parte del costo que nos corresponde. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse la cantidad total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio al contado que pagó es mayor que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3 de este *Manual para miembros* explica las reglas para obtener cobertura de sus servicios. El **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* explica las reglas para obtener cobertura de sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

SECCIÓN D Apelaciones

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama «presentar una apelación». También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

- Para presentar una apelación sobre un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la Sección F.
- Para presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, consulte la Sección G.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

INTRODUCCIÓN

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

SECCIÓN A Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible, incluso a las personas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o diversos antecedentes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para recibir información de una manera que pueda entender, llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros. Nuestro plan dispone de servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, incluido el español, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a El Paso Health Medicare Advantage.
 - Puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar materiales en otro idioma y/o formato.
 - Documentaremos su idioma y formato preferidos como una solicitud permanente.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Puede cambiar su solicitud permanente llamando a Servicios para Miembros.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles de Texas al 1-888-388-6332.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

SECCIÓN B Nuestra responsabilidad de brindarle acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre los tipos de proveedores que pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros*.
 - Llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros, o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, para obtener más información sobre los proveedores de la red y los médicos que aceptan pacientes nuevos.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin obtener una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para consultar a un proveedor que no sea su PCP.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede recibir servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención de urgencia sin autorización previa (PA).

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede acudir a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3 de este Manual para miembros.

El Capítulo 9 de este *Manual para miembros* explica lo que puede hacer si considera que no recibe sus servicios o medicamentos dentro de un plazo razonable. También explica lo que puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

SECCIÓN C Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su PHI conforme a lo exigido por las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó al inscribirse en nuestro plan. También incluye 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 PHI. Le proporcionamos un aviso escrito que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama «Aviso de prácticas de privacidad».

Sección C.1 Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada consulte o modifique sus expedientes.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos su PHI a nadie que no le brinde atención o pague por ella. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones en su nombre, puede otorgar ese permiso por escrito.

En ocasiones, no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones:

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.

Debemos proporcionar a Medicare su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigaciones u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.

Sección C.2 Su derecho a consultar sus expedientes médicos

- Tiene derecho a consultar sus expedientes médicos y a obtener una copia de ellos.
- Tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos lo pide, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben hacerse cambios.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otras personas para fines que no sean rutinarios y cómo lo hacemos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para Miembros. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud conforme a lo exigido por 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 consulten ni modifiquen sus expedientes. Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no le brinde atención o *pague por ella*, primero *debemos obtener permiso por escrito de usted o de alguien a quien haya otorgado autoridad legal para tomar decisiones en su nombre*. Hay ciertas excepciones

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones:

- Debemos divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
- Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales; por lo general, esto exige que no se comparta información que lo identifique de manera única.

Puede consultar la información de sus expedientes y saber cómo se ha compartido con otras personas

Tiene derecho a consultar los expedientes médicos que conserva nuestro plan y a obtener una copia de ellos. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o hagamos correcciones a sus expedientes médicos. Si nos lo pide, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben hacerse los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para fines que no sean rutinarios.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Miembros al 1-833-497-7710 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN D Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a recibir información de nuestra parte sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder sus preguntas sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este servicio es gratuito para usted. Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

distintos del inglés, incluido el español, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Servicios para Miembros:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluida la siguiente información:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - el número de apelaciones presentadas por los miembros
 - cómo abandonar nuestro plan
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluida la siguiente información:
 - cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
 - las cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Los servicios y medicamentos cubiertos, incluida la siguiente información:
 - los servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*) y los medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para miembros*) que cubre nuestro plan
 - los límites de su cobertura y sus medicamentos
 - las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*), incluido pedirnos que:
 - expliquemos por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiemos una decisión que tomamos
 - paguemos una factura que recibió

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

SECCIÓN E Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden exigirle que pague por servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si pagamos menos del monto que facturó el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.

SECCIÓN F Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no desea hacerlo.

- Tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para miembros*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan MA o un plan de beneficios de medicamentos.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de STAR+PLUS si abandona nuestro plan.

SECCIÓN G Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

Sección G.1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que pueda entender. Tiene derecho a:

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre los riesgos involucrados. Debemos informarle con anticipación si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda** opinión. Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Decir** que no. Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda no hacerlo. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pedirnos que expliquemos por qué un proveedor denegó la** atención. Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor denegó atención que usted considera que debe recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que denegamos o que normalmente no** cubrimos. Esto se llama una decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Sección G.2 Su derecho a expresar lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas. Antes de que esto le suceda, puede:

- Completar un formulario escrito **que otorgue a alguien el derecho a tomar decisiones sobre su atención médica en su** nombre si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo manejar su atención médica si **no** puede tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que no desea recibir.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama «directiva anticipada». Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder legal para la atención médica.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

No es obligatorio tener una directiva anticipada, pero puede tenerla. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtenerlo de su médico, un abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos de oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores suelen tener estos formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar el formulario.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Considere pedir ayuda a un abogado o a alguien de su confianza, como un familiar o su PCP, para completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que deban** conocerlo. Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que designe para tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Quizás desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.
- Si va a ser hospitalizado y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo tiene consigo.
 - Si no tiene un formulario de directiva anticipada firmado, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a:

- Que su directiva anticipada se incluya en sus expedientes médicos.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.

Por ley, nadie puede denegarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Sección G.3 Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la unidad de Recepción de Quejas e Incidentes de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Para presentar quejas, llame al 800-458-9858 de lunes a viernes de 7 a.m.-7 p.m., envíe un correo electrónico a hfc.complaints@hhs.texas.gov o visite el sitio web de Recepción de Quejas e Incidentes de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (www.hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/complaint-incident-intake).

SECCIÓN H Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El Capítulo 9 de este *Manual para miembros* explica lo que puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre sus servicios cubiertos o su atención. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Miembros para obtener esta información.

Sección H.1 Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo tratamos injustamente, y no se **trata** de discriminación por los motivos indicados en el **Capítulo 11** de este *Manual para miembros*, o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Miembros.
- El Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP) al 800-252-9240. Para obtener más detalles sobre HICAP, consulte el **Capítulo 2**.
- La Oficina del Defensor del Pueblo de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-866-566-8989. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros*.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar «Derechos y protecciones de Medicare», disponible en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

SECCIÓN I Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea este *Manual para miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*. Estos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para miembros*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura al recibir atención médica. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
 - Proporcióneles la información que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que se comporte con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios de proveedores.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:
 - Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), STAR+PLUS paga su prima de la Parte A de Medicare y su prima de la Parte B de Medicare.
 - Para algunos de los medicamentos que cubre nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtenga el medicamento. Esto será un copago. El **Capítulo 6** indica lo que debe pagar por sus medicamentos.

Si recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total. (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9**, sección E. «Decisiones de cobertura y apelaciones. para saber cómo presentar una apelación»).

- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de este *Manual para miembros* describe nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
 - Informe a Medicare y a STAR+PLUS su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener los números de teléfono de Medicare y STAR+PLUS.
 - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**
- **Llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

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

INTRODUCCIÓN

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre nuestro plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión de nuestro plan sobre su atención.
- Considera que sus servicios cubiertos terminan demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que **busca**. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que correspondan a su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los **servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su Plan de atención**. **Si tiene un problema con su atención o con los Servicios y Apoyos a Largo Plazo, puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo de HHS al 1-866-566-8989 para obtener** ayuda. Este capítulo explica las opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo de HHS para que lo oriente sobre su problema.

Para conocer otros recursos para abordar sus inquietudes y las formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2** para obtener más información sobre los programas del defensor del pueblo.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

SECCIÓN A Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para las **decisiones de cobertura y las apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas reclamaciones).

Para garantizar la equidad y la prontitud, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos seguir.

Sección A.1 Acerca de los términos legales

En este capítulo hay términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que, cuando podemos, utilizamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Usamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- «Presentar una queja» en lugar de «presentar una reclamación»
- «Decisión de cobertura» en lugar de «determinación de la organización», «determinación de beneficios», «determinación de riesgo» o «determinación de cobertura»
- «Decisión rápida de cobertura» en lugar de «determinación acelerada»
- «Organización de Revisión Independiente» (IRO) en lugar de «Entidad de Revisión Independiente» (IRE)

Conocer los términos legales correctos puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por lo que también los proporcionamos.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

SECCIÓN B Dónde obtener ayuda

Sección B.1 Para obtener más información y ayuda

A veces resulta confuso iniciar o seguir el proceso para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, quizás no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al 1-833-497-7710 para obtener ayuda para resolver un problema o responder preguntas.

Ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud (HICAP).

También puede obtener ayuda de HICAP llamando al 1-800-252-9240. También puede consultar su sitio web en www.shiphelp.org/ships/texas. Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer con su problema. HICAP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HICAP tiene asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de STAR+PLUS

Si necesita ayuda con los servicios de Medicaid de STAR+PLUS, comuníquese con:

Línea directa para clientes de Medicaid de Texas

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Llame al 1-800-252-8263. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1 o a Relay Texas
- Visite el sitio web de HHSC en www.hhs.texas.gov

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), para las revisiones de apelaciones de Medicare:

- Llame a Acentra Health, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) de Texas: 1-888-315-0636
- Visite el sitio web de Acentra Health en www.acentra.com

Oficina del Defensor del Pueblo de HHS de Texas, para obtener ayuda con quejas o la resolución de problemas

- Llame al 1-866-566-8989; los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1 o a Relay Texas
- Visite el sitio web de la Oficina del Defensor del Pueblo de HHS en <https://www.hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsman>

SECCIÓN C Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y STAR+PLUS en nuestro plan

Usted tiene Medicare y STAR+PLUS. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y STAR+PLUS. A veces esto se llama un «proceso integrado» porque combina, o integra, los procesos de Medicare y STAR+PLUS.

En ocasiones, los procesos de Medicare y STAR+PLUS no pueden combinarse. En esas situaciones, utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de STAR+PLUS. La **Sección F4** explica estas situaciones.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

SECCIÓN D Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas sobre si una atención médica específica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas sobre el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección E, «Decisiones de cobertura y apelaciones».	No. Mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección K, «Cómo presentar una queja».

SECCIÓN E Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación aborda los 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 como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Sección E.1 Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si un

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

proveedor de la red de su plan lo remite a un especialista médico fuera de la red, esta remisión se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que el servicio al que fue remitido nunca esté cubierto bajo ninguna circunstancia (consulte el **Capítulo 4, Sección H** de este *Manual para miembros*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o de si podemos negarnos a proporcionar atención médica que usted **considera que necesita. Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto para usted por Medicare o STAR+PLUS. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Sección E.2 Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con ella, puede «apelar» la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama una Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente todas las reglas. Revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original se encargan de su apelación.

Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo **G4**, puede solicitar una «decisión rápida de cobertura» acelerada o una «apelación rápida» de una decisión de cobertura.

Si respondemos No a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se relaciona con la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de STAR+PLUS, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Apelaciones de Nivel 2. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por STAR+PLUS, la carta le proporcionará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación.

Sección E.3 Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para Miembros**, a los números que aparecen al pie de la página.
- **El Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud (HICAP)**. El número de teléfono de HICAP es 1-800-252-9240.
- **La Oficina del Defensor del Pueblo de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Texas**. La Oficina del Defensor del Pueblo de HHS ayuda a las personas inscritas en STAR+PLUS con problemas de servicios o facturación. El número de teléfono es 1-866-566-8989.
- **Su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar**. Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su «representante» y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado**. Tiene derecho a un abogado, pero no **es obligatorio tenerlo para solicitar** una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisiones. Algunos grupos de asistencia legal le proporcionarán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos.

Complete el formulario de Designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario otorga a alguien permiso para actuar en su nombre.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al pie de la página y solicite el formulario de «Designación de representante». También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.**

Sección E.4 Qué sección de este capítulo puede ayudarlo

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Proporcionamos detalles de cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, «Atención médica»
- **Sección G**, «Medicamentos de la Parte D de Medicare»
- **Sección H**, «Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada»
- **Sección I**, «Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos» (Esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica a domicilio, 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 sección consultar, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al pie de la página.

SECCIÓN F Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención.

Esta sección se refiere a sus beneficios de atención médica que se describen en la tabla de beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*. En algunos casos, pueden aplicarse reglas diferentes a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando esto ocurre, explicamos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Sección F.1 Cómo utilizar esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted considera que deberíamos hacerlo.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que considera que cubrimos, pero no la pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó atención médica que consideraba que cubríamos, y desea que le reembolsemos el costo.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura de cierta atención médica, y considera que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que impliquen reducir o suspender su cobertura de cierta atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Sección F.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura se relaciona con su atención médica, se llama una **determinación integrada de la organización**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de las siguientes maneras:

- Por teléfono: 1-833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711
- Por fax: 844-200-5278 (pacientes hospitalizados) o 844-298-7866 (pacientes ambulatorios)
- Por escrito: El Paso Health, PO Box 971100, El Paso, Texas 79997-1100

Decisión estándar de cobertura

Cuando le damos nuestra decisión, utilizamos los plazos «estándar», a menos que aceptemos utilizar los plazos «rápidos». Una decisión estándar de cobertura significa **que** le damos una respuesta dentro de:

- **Siete días calendario** después de recibir su solicitud **de un servicio o artículo médico sujeto a nuestras reglas de autorización previa**.
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud **de todos los demás servicios o artículos médicos**.
- **72 horas** después de recibir su solicitud de un **medicamento de la Parte B de Medicare**.

Para un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red). Si tomamos días adicionales para decidir, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomar días adicionales si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una «queja rápida» **sobre** nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le respondemos dentro de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K, Cómo presentar una queja**.

Decisión rápida de cobertura

El término legal para una decisión rápida de cobertura es **determinación acelerada**.

Cuando nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiere una respuesta rápida, pídanos una «decisión rápida de cobertura». Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de:

- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un servicio o artículo médico**.
- **24 horas** después de recibir su solicitud de un **medicamento de la Parte B de Medicare**.

Para un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales si determinamos que falta información que podría beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para proporcionarnos información para la revisión. Si tomamos días adicionales para decidir, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si considera que no **deberíamos** tomar días adicionales para decidir sobre la cobertura, puede presentar una «queja rápida» sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K - Cómo presentar una queja**. Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Está solicitando cobertura de artículos y/o servicios médicos que no ha **recibido**. **No** puede solicitar una decisión rápida de cobertura sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Utilizar los plazos estándar **podría causar daños graves a su salud** o perjudicar su capacidad para funcionar.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Le damos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, decidimos si recibirá una decisión rápida de cobertura.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviamos una carta que lo indique y utilizamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Le damos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una «queja rápida» sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K – Cómo presentar una queja**.

Si respondemos No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica las razones.

- Si respondemos No, tiene derecho a presentar una apelación. Si considera que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones; consulte la **Sección F3**.

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud incluyen:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- si pide que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explique por qué se desestimó y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama una apelación. Las apelaciones se explican en la siguiente sección.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Sección F.3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación relacionada con un servicio o artículo denegado, o para continuar un servicio o artículo que ya está recibiendo, **usted**, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1-833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711.

- Si su médico u otro profesional que receta medicamentos solicita que continúe un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, quizás deba designarlo como su representante para actuar en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación en su nombre, incluya un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos iniciar ni completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimamos su solicitud, y
 - Le enviamos un aviso escrito que explica su derecho a pedir a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple el plazo y tiene una buena razón para ello, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son haber tenido una enfermedad grave o que le hayamos dado información incorrecta sobre el plazo. Explique el motivo de la demora al presentar su apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

El término legal para «apelación rápida» es **«reconsideración acelerada»**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted y/o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, decidimos si recibirá una apelación rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta que lo indique y utilizamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una «queja rápida» sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K – Cómo presentar una queja**.

Si le informamos que vamos a suspender o reducir servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda seguir recibéndolos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviamos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de diez días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o a más tardar en la fecha prevista de entrada en vigor de la medida, lo que sea posterior.
 - Si cumple este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, no se continuará su servicio o artículo mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Cuando revisamos su apelación, examinamos de nuevo cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando respondimos No a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro **de 72 horas después de recibir su apelación. Le** daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere. Si denegamos una apelación rápida, les daremos a usted, a su médico, al profesional que receta medicamentos o a su representante una confirmación verbal de la denegación.
- Si pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos tomar **hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para decidir.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas o al finalizar los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Una IRO la revisa entonces. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, en la **Sección J2**, le informamos sobre esta organización y explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de STAR+PLUS, puede presentar usted mismo una solicitud de Nivel 2 – Audiencia Imparcial ante Texas en cuanto se cumpla el plazo. En Texas, una Audiencia Imparcial se llama Apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos Sí a una parte o a la totalidad de su** solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si respondemos No a una parte o a la totalidad de su** solicitud, enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación sobre la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le damos nuestra respuesta **dentro de siete días calendario** después de recibir su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para decidir.
 - Si considera que no **deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo o al finalizar los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Una IRO la revisa entonces. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, en la **Sección J2**, le informamos sobre esta organización y explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema se relaciona con un servicio o artículo **de STAR+PLUS**, puede solicitar una Apelación de Nivel 2 (conocida como una Audiencia Imparcial) ante la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. La carta le indicará cómo hacerlo. También se proporciona información a continuación.

Si respondemos Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de 30 días calendario, o **dentro de siete días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Si respondemos No a una parte o a la totalidad de su solicitud, **tiene derechos adicionales de apelación:**

- Si respondemos No a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviamos una carta.
- Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le indica que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación.
- Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de STAR+PLUS, la carta le indica cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2.

Sección F.4 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si respondemos No a una parte o a la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviamos una carta. Esta carta le indica si Medicare, STAR+PLUS o ambos programas normalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare normalmente cubre, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones en cuanto se completa la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que STAR+PLUS normalmente cubre, puede presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. La carta le indica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que **tanto Medicare como STAR+PLUS** pueden cubrir, recibe automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una Audiencia Imparcial ante HHSC.

Si cumplía los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento objeto de la apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se relaciona con un servicio que normalmente cubre solo Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 ante la IRO.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

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

- Si su problema se relaciona con un servicio que normalmente cubre solo STAR+PLUS, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de diez días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare normalmente cubre

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente**, a veces llamada **IRE**.

- Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para ser la IRO y supervisa su trabajo.
- Enviamos la información sobre su apelación (su «expediente del caso») a esta organización. Tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente del caso.
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO examinan cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida ante nosotros en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO 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 IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomar tiempo adicional para decidir si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Si tuvo una apelación estándar ante nosotros en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO 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 de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de siete días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomar tiempo adicional para decidir si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le da su respuesta por escrito y explica las razones.

- Si la IRO responde 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 IRO para **solicitudes estándar, o**
 - Proporcionar el servicio **dentro de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- Si la IRO responde Sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:
 - **dentro de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
 - **dentro de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO responde No a una parte o a la totalidad** de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica. Esto se llama «confirmar la decisión» o «denegar su apelación».
 - Si su caso cumple los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
- Si se deniega su Apelación de Nivel 2 y cumple los requisitos para continuar el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador se encarga de una Apelación de Nivel 3. Consulte la Sección J para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema se relaciona con un servicio o artículo que STAR+PLUS normalmente cubre, o que está cubierto tanto por Medicare como por STAR+PLUS

Una Apelación de Nivel 2 para servicios que STAR+PLUS normalmente cubre es una Audiencia Imparcial Estatal ante el Departamento de Audiencias Imparciales de HHSC de Texas. Debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por escrito o por teléfono **dentro de 120 días calendario** a partir de la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre su Apelación de Nivel 1. La carta que recibe de nosotros le indica dónde presentar su solicitud de Audiencia Imparcial Estatal.

El Funcionario de Audiencias Imparciales Estatales le da su decisión por escrito y explica las razones.

- Si el Funcionario de Audiencias Imparciales Estatales responde **Sí** a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de 72 horas** después de recibir su decisión.
- Si el Funcionario de Audiencias Imparciales Estatales responde No a una parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura del servicio o artículo solicitado. Esto se llama «confirmar la decisión».

Si la decisión del Funcionario de Audiencias Imparciales Estatales es No para una parte o la totalidad de su solicitud, puede solicitar una Revisión Administrativa dentro de 30 días a partir de la fecha de la decisión. La decisión del Funcionario de Audiencias Imparciales describe cómo solicitar una Revisión Administrativa. Un Juez de Derecho Administrativo de la División de Apelaciones de HHSC de Texas realiza la Revisión Administrativa.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después de la Apelación de Nivel 2.

Sección F.5 Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen por servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le exige que pague el saldo de ninguna factura. El único monto que se le debe pedir que pague es el copago de los medicamentos de la Parte D que requieren un copago.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. No la pague usted mismo. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para recibir servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*. Describe situaciones en las que quizás necesite pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También explica cómo enviarnos los documentos para solicitar un pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para utilizar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, enviaremos a su proveedor el pago del servicio o artículo normalmente dentro de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si todavía no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder **Sí** a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos el servicio o artículo y explique por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el costo, debemos darle nuestra respuesta dentro de 30 días calendario después de recibir su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** normalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revoca nuestra decisión e indica que debemos pagarle, debemos enviar el pago a usted o al proveedor dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago a usted o al proveedor de atención médica dentro de 60 días calendario.
- Si la IRO responde No a su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama «confirmar la decisión» o «denegar su apelación». Recibirá una carta que explica los derechos adicionales de apelación que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y STAR+PLUS normalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

SECCIÓN G Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura de muchos medicamentos. La mayoría son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que STAR+PLUS puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D de Medicare.** Diremos «medicamento» en el resto de esta **sección** en lugar de decir «medicamento de la Parte D de Medicare» cada vez. Para los medicamentos cubiertos solo por STAR+PLUS, siga el proceso de la Sección E. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

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

Sección G.1 Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos pide que hagamos una excepción, incluido pedirnos que:
 - cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, o
 - eliminemos una restricción de nuestra cobertura de un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo para usted antes de cubrirlo)

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse tal como está escrita, la farmacia le entrega un aviso escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se llama una «**determinación de cobertura**».

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica tanto cómo solicitar decisiones de cobertura como cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla como ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que eliminemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y considera que cumple las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Desea pedirnos un reembolso por un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede solicitarnos una decisión de cobertura.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos).
Comience con la Sección G2 y luego consulte las Secciones G3 y G4.	Consulte la Sección G4	Consulte la Sección G4	Consulte la Sección G5

Sección G.2 Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera que usted desea, puede pedirnos que hagamos una «excepción». Si denegamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

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

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta medicamentos debe explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o la eliminación de una restricción sobre un medicamento a veces se llama solicitar una **«excepción al formulario»**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama solicitar una **excepción de nivel**.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, usted paga el copago que corresponde a los medicamentos del Nivel 3, de marca preferidos.
- No puede obtener una excepción al monto del copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se llama «autorización previa (PA)».
 - La obligación de probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se llama «terapia escalonada».
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad que puede obtener.
- Si aceptamos una excepción para usted y eliminamos una restricción, puede solicitar una excepción al monto del copago que debe pagar.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.**

Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* pertenece a uno de seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costos compartidos, menor será el monto del copago que debe pagar.

- Nuestra *Lista de medicamentos* suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se llaman medicamentos «alternativos».
- Si un medicamento alternativo para su afección médica está en un nivel de costos compartidos más bajo que el medicamento que toma, puede pedirnos que lo cubramos con el monto de costos compartidos del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
 - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos con el monto de costos compartidos del nivel más bajo para las alternativas de productos biológicos para su afección.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que lo cubramos con el monto de costos compartidos del nivel más bajo para las alternativas de marca para su afección.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que lo cubramos con el monto de costos compartidos del nivel más bajo para las alternativas de marca o genéricas para su afección.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente paga el monto más bajo.

Sección G.3 Información importante que debe saber sobre la solicitud de una excepción

Su médico u otro profesional que receta medicamentos debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que receta medicamentos debe proporcionarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta medicamentos cuando solicite la excepción.

Nuestra *Lista de medicamentos* suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se llaman medicamentos «alternativos». Si un medicamento alternativo es

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

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

tan eficaz como el que solicita y **no** causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivel, generalmente no aprobamos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel o los niveles de costos compartidos más bajos no funcionen igual de bien para usted o sea probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder Sí o No a su solicitud.

- Si respondemos **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Esto es así siempre que su médico siga recetándole el medicamento y que este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos No a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si respondemos **No**.

La siguiente sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección G.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-833-497-7710, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta medicamentos) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la solicitud de pago.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta medicamentos) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- Consulte la Sección E3 para saber cómo designar a alguien como su representante.
- No necesita otorgar permiso por escrito a su médico u otro profesional que receta medicamentos para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos un reembolso por un medicamento, consulte el Capítulo 7 de este Manual para miembros.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Si solicita una excepción, proporciónenos una «declaración de respaldo». La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que receta medicamentos para solicitar la excepción.
- Su médico u otro profesional que receta medicamentos puede enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo. También puede informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos una «decisión rápida de cobertura».

Utilizamos los «plazos estándar», a menos que aceptemos utilizar los «plazos rápidos».

- **Una decisión estándar de cobertura** significa que le damos una respuesta dentro de 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le damos una respuesta dentro de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

Una «decisión rápida de cobertura» se llama **una «determinación acelerada de cobertura»**.

Puede obtener una decisión rápida de cobertura si:

- Es para un medicamento que no ha obtenido. No puede obtener una decisión rápida de cobertura si nos está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Su salud o su capacidad para funcionar se verían gravemente perjudicadas si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que receta medicamentos nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, aceptamos y se la proporcionamos. Le enviamos una carta que se lo informa.

- Si solicita una decisión rápida de cobertura sin el apoyo de su médico u otro profesional que receta medicamentos, decidimos si recibirá una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, utilizamos los plazos estándar.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Le enviamos una carta que se lo informa. La carta también le explica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
- Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de **24 horas** después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le damos nuestra respuesta dentro de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le damos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si respondemos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le proporcionamos la cobertura dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si respondemos No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le damos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.
- Si respondemos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le proporcionamos la cobertura dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si respondemos No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

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

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.
- Si respondemos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le reembolsamos dentro de los 14 días calendario.
- **Si** respondemos No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

Sección G.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se llama una **“redeterminación” del plan**.

- Inicie su apelación **estándar o rápida** llamando al 1-833-497-7710, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro **de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene un motivo justificado, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados son haber tenido una enfermedad grave o que le hayamos dado información incorrecta sobre el plazo. Explique el motivo por el que su apelación se presenta tarde al presentarla.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se llama **una “redeterminación acelerada”**.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a examinar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando respondimos No a su solicitud.
- Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro **de las 72 horas** después de recibir su apelación.
 - Le damos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la Sección G6 para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si respondemos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- Si respondemos No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de **los siete días calendario después** de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le damos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Si no le damos una decisión dentro de los siete días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si respondemos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar siete días calendario después de recibir su apelación.
- Debemos enviarle el pago por un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario después de recibir su apelación.

Si respondemos **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró dentro de **los 14 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si respondemos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si respondemos No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Sección G.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si respondemos No a su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utiliza el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando respondimos No a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es la “**Entidad de Revisión** Independiente”, a veces llamada “**IRE**”.

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro profesional que receta deben comunicarse **por escrito** con la IRO y solicitar una revisión de su caso.

- Si respondemos No a su apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, enviamos a la organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se llama su “expediente del caso”. **Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la IRO.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.
- Si responden Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento dentro de las 24 horas después de recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si tiene una apelación estándar de Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **dentro de los siete días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO responde **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **dentro de las 72** horas después de recibir la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle por un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO responde No a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO responde **No** a su apelación de Nivel 2, tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta que le indica el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted decide si desea llevar su apelación más adelante.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO responde No a su apelación de Nivel 2 y cumple con el requisito para continuar el proceso de apelaciones, usted:
 - Decide si desea presentar una apelación de Nivel 3.
 - Consulta la carta que la IRO le envió después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

SECCIÓN H Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada

Cuando ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. También ayudan a coordinar la atención que pueda necesitar después de salir.

- El día en que sale del hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de salir del hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección H.1 Cómo conocer sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días después de ingresar al hospital, alguien del hospital, como un enfermero o un trabajador social, le entregará un aviso por escrito llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan a un hospital.

Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al 1800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1877-486-2048.--

- **Lea el aviso** cuidadosamente y haga preguntas si no entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Participar en todas las decisiones sobre la duración de su hospitalización.
- Saber dónde comunicar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con una fecha de alta que su médico o el personal del hospital puedan haberle indicado.
- **Conserve su** copia del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que sale del hospital, recibirá otra copia antes de que le den de alta.

Puede consultar una copia del aviso con anticipación si:

- Llama a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página
- Llama a Medicare al 1-800 MEDICARE (1800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.-
- Visita www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección H.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para determinar si su fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes paga el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) es Acentra Health. Llame al 1-888-315-0636. La información de contacto también aparece en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y a más tardar en su fecha de alta prevista.

- **Si llama antes de salir**, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta prevista sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta prevista, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta prevista.

Solicite ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.
- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud (HICAP) de los Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240.-.

Solicite una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta prevista. No tiene la obligación de escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les proporcionaron.
- A más tardar al mediodía del día después de que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, recibe una carta con su fecha de alta prevista. La carta también

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

explica los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente adecuada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es el **“Aviso detallado del alta”**. Puede obtener un ejemplo llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le da su respuesta a su apelación.

Si la QIO responde **Sí** a su apelación:

- Proporcionaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO responde No a su apelación:

- Considera que su fecha de alta prevista es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día después de que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 y permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista.

Sección H.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, usted solicita a la QIO que vuelva a examinar la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1. Llame al (888) 315-0636.

Debe solicitar esta revisión dentro de **los 60 días calendario** después del día en que la QIO respondió No a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO responde **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día después de la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Proporcionaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO responde No a su apelación:

- Está de acuerdo con su decisión sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le entrega una carta que le indica qué puede hacer si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN I Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección se refiere únicamente a tres tipos de servicios que puede estar recibiendo:

- servicios de atención médica a domicilio
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Esto generalmente significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos servicios, debemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finaliza su cobertura de ese servicio, dejamos de pagarlo.

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 I.1 Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Se llama “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

Sección I.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de apelación de Nivel 1 y qué debe hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.
 - Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre Salud (HICAP) al 1-800-252-9240.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Comuníquese con la QIO.
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ella.
 - Pídale que revise su apelación y decida si debe cambiar la decisión de nuestro plan.
- Actúe rápidamente y solicite una “apelación acelerada”. Pregunte a la QIO si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor del “Aviso de no cobertura de Medicare” que le enviamos.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de ejemplo, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O consiga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar. No tiene la obligación de escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que nuestro plan les proporcionó.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso antes de que termine el día en que los revisores nos informan sobre su apelación.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

El término legal para la explicación del aviso es **“Explicación detallada de no cobertura”**.

- Los revisores le comunican su decisión dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO responde **Sí** a su apelación:

- Proporcionaremos sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO responde No a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de CORF después de la fecha en que finaliza su cobertura
- Usted decide si desea continuar estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

Sección I.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, usted solicita a la QIO que vuelva a examinar la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1. Llame al 1-888-315-0636.

Debe solicitar esta revisión dentro **de los 60 días calendario** después del día en que la QIO respondió No a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO responde **Sí** a su apelación:

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura de la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesaria.

Si la QIO responde No a su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiará.
- Le entrega una carta que le indica qué puede hacer si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN J Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

Sección J.1 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un determinado monto mínimo en dólares, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar el proceso de apelaciones. La carta que recibe de la IRO para su apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador responde **Sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con los documentos que la acompañan. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.

Si el ALJ o el abogado adjudicador responde No a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibe le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde **Sí** a su apelación de Nivel 4 o deniega nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo responde No o deniega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide no aceptar esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibe le indicará si puede continuar con una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o No. **Esta** es la decisión definitiva. No hay otros niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección J.2 Apelaciones adicionales de STAR+PLUS

También tiene más derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que podrían estar cubiertos por STAR+PLUS. Si tiene preguntas sobre sus derechos adicionales de apelación, puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo de HHS al 1-866-566-8989.

Si no está de acuerdo con una decisión del funcionario de audiencias imparciales, puede solicitar una revisión administrativa dentro de los 30 días a partir de la fecha de la decisión.

La carta que recibe de la División de Apelaciones de HHSC le indicará qué debe hacer si desea continuar el proceso de apelaciones.

Sección J.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede corresponderle si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que apeló alcanza un determinado monto en dólares, es posible que pueda continuar a niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador responde **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelaciones termina.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada), o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador responde No a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibe le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelaciones termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada), o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo responde No a su apelación o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibe le indicará si puede continuar con una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de Nivel 5

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. **Esta** es la decisión definitiva. No hay otros niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

SECCIÓN K Cómo presentar una queja

Sección K.1 Qué tipos de problemas deben ser quejas

El proceso de quejas se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor de atención médica o un miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que lo están presionando para que abandone nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No puede acceder físicamente a los servicios y a las instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma distinto del inglés que usted habla (como el lenguaje de señas estadounidense o el español).

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

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

Queja	Ejemplo
	Su proveedor no le proporciona otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	- Tiene problemas para obtener una cita o espera demasiado para obtenerla. - Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.
Limpieza	Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	- Cree que no le proporcionamos un aviso o una carta que debería haber recibido. - Cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Cumplimiento de plazos relacionados con las decisiones de cobertura o las apelaciones	- Cree que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. - Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o de apelación favorable para usted, no cumplimos los plazos para aprobar o proporcionarle el servicio o reembolsarle por ciertos servicios médicos. - Cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y nuestro plan la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y esa organización la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar al 1-833-497-7710; los usuarios de TTY llaman al 711.

El término legal para una “queja” es una **“reclamación”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una reclamación”**.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Sección K.2 Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-833-497-7710; los usuarios de TTY llaman al 711. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se refiera a un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja se refiere a un medicamento de la Parte D de Medicare, debe **presentarla dentro de los 60** días calendario después de haber tenido el problema por el que desea quejarse.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo indicará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- 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.

El término legal para “queja rápida” es **“reclamación acelerada”**.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de los 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También proporcionamos una actualización del estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le otorgamos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

- Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o de apelación, automáticamente le otorgamos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad de su queja, se lo informaremos y le daremos nuestros motivos. Respondemos independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección K.3 Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviársela a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No necesita presentar una queja ante El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas en serio y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si considera que el plan de salud no está atendiendo su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

STAR+PLUS

Una vez que haya completado el proceso de quejas del plan, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) llamando gratis al 1-866-566-8989. Si desea presentar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas
Equipo de Asistencia de Atención Administrada del Defensor del Pueblo
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

Si tiene acceso a Internet, puede presentar su queja en:

<https://www.hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsman>

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

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

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si cree que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidades o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR en:

Llame al 1-888-388-6332, TTY: 1-877-432-7232.

También puede tener derechos conforme a la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y conforme a las leyes de Texas. Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas por correo electrónico en HHSCivilRightsOffice@hpsc.state.tx.us o por teléfono al 1-888-388-6332.

QIO

Cuando su queja se refiere a la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ella para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes paga el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros*.

En Texas, la BFCC-QIO se llama Acentra. El número de teléfono de Acentra es 1-888-315-0636.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

CAPÍTULO 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

INTRODUCCIÓN

Este capítulo explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de abandonar nuestro plan. Si abandona nuestro plan, seguirá en los programas Medicare y STAR+PLUS mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

SECCIÓN A Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante ciertos períodos del año. Como tiene STAR+PLUS, tiene algunas opciones para finalizar su membresía en nuestro plan, incluso en cualquier mes del año.

Además, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Anual**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un plan nuevo durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el plan nuevo comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura del 1 de enero al 31 de marzo y también, para los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.er mes de ese derecho. Si elige un plan nuevo durante este período, su membresía en el plan nuevo comienza el primer día del mes siguiente.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para cambiar su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- cambió su elegibilidad para STAR+PLUS o Ayuda Adicional, o
- si recientemente ingresó a un centro de enfermería o a un hospital de atención a largo plazo, está recibiendo atención en uno de ellos o acaba de salir de uno de ellos.

Su membresía de Medicare finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud de abandonar nuestro plan y su nueva cobertura de Medicare comienza el primer día del mes siguiente. La fecha de finalización de su membresía de STAR+PLUS en nuestro plan y la fecha de inicio de su membresía de STAR+PLUS en el plan nuevo dependen de si recibimos su solicitud antes o después de la fecha límite de inscripción de STAR+PLUS. Nota: La fecha límite de inscripción de STAR+PLUS la establece HHSC y cambia cada mes, pero generalmente es alrededor de mediados de mes.

Por ejemplo: solicita cambiar de plan en marzo.

- Su cobertura de Medicare en nuestro plan finalizará el 31 de marzo y su nueva cobertura de Medicare comenzará el 1 de abril.
- Si recibimos su solicitud **antes** de la fecha límite de inscripción de STAR+PLUS, su cobertura de STAR+PLUS en nuestro plan también finalizará el 31 de marzo y su nueva cobertura de STAR+PLUS también comenzará el 1 de abril.
- Si recibimos su solicitud **después** de la fecha límite de inscripción de STAR+PLUS, su nueva cobertura de STAR+PLUS en nuestro plan finalizará el 30 de abril y su nueva cobertura de STAR+PLUS comenzará el 1 de mayo.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**
- servicios de STAR+PLUS en la **Sección C2**

Puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía llamando a:

- Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página. También aparece el número para los usuarios de TTY.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), el Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP), al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., CST.

NOTA: Si participa en un programa de manejo de medicamentos (DMP), es posible que solo sea elegible para ciertos Períodos de Inscripción Especial. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre los programas de manejo de medicamentos.

SECCIÓN B Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide finalizar su membresía, puede hacerlo inscribiéndose en otro plan de Medicare o cambiándose a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan en la tabla de la página 202.
- Si desea cambiar su plan de STAR+PLUS, llame al agente de inscripción de Texas al 800-964-2777 o al 1-877-782-6440. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8 a.m. a 6 p.m., CST, de lunes a viernes. La **Sección C** a continuación incluye pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también finalizará su membresía en nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

SECCIÓN C Cómo recibir servicios de Medicare y STAR+PLUS por separado

Tiene opciones para recibir sus servicios de Medicare y STAR+PLUS si decide abandonar nuestro plan.

Sección C.1 Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare que se enumeran a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se enumera a continuación durante ciertos períodos del año, **incluidos el Período de Inscripción Anual y el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, finaliza automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiarse a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de STAR+PLUS en un solo plan. Si elige otro plan de Medicare que también proporcione sus beneficios de STAR+PLUS, su plan de STAR+PLUS también cambiará al mismo plan que proporciona sus beneficios de Medicare. No necesita hacer nada para que esto suceda.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre la inscripción de proveedores de PACE y sus políticas, puede comunicarse con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) al 512-487-3450. Este número lo conecta con la Unidad de Políticas de Servicios Comunitarios, que supervisa las operaciones de PACE en Texas. Si necesita ayuda o más información:
O Puede inscribirse en el Programa de Atención Integral para las Personas Mayores (PACE). PACE está disponible en los condados de Potter, Randall, El Paso y Lubbock. Si decide inscribirse en PACE, los beneficios incluyen, entre otros, todos los servicios cubiertos por Medicaid y Medicare, incluidos los medicamentos recetados. Debe recibir todos los servicios de atención médica que	Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., CST. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP). Para obtener más información o encontrar una oficina del Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP) en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare O

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

necesite, incluidos los servicios de atención primaria y de médicos especialistas (excepto los servicios de emergencia), de la organización PACE o de una entidad autorizada por la organización PACE. Para obtener más información sobre PACE, llame al Programa PACE de Texas al 1-512-487-3450.	Inscríbase en un plan que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de STAR+PLUS en un solo plan. Si se inscribe en un plan nuevo, se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
2. Puede cambiarse a: Medicare Original con un plan separado de medicamentos de Medicare. Si decide cambiarse a Medicare Original, su plan de STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. No tiene que hacer nada para que esto suceda.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., CST. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP). Para obtener más información o encontrar una oficina del Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP) en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare. O Inscríbase en un plan nuevo de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan para sus beneficios de Medicare cuando comience su cobertura de Medicare Original, pero seguirá inscrito en nuestro plan de STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No tiene que hacer nada para que esto suceda.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan**3. Puede cambiarse a:**

Medicare Original sin un plan separado de medicamentos de Medicare si tiene un motivo válido para cancelar su inscripción.

Si decide cambiarse a Medicare Original, su plan de STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. No tiene que hacer nada para que esto suceda.

NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no desea inscribirse.

Solo debe abandonar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., CST. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP). Para obtener más información o encontrar una oficina del Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP) en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare .

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., CST. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP). Para obtener más información o encontrar una oficina del Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP) en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original, pero seguirá inscrito en nuestro plan de STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No tiene que hacer nada para que esto suceda.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan**4. Puede cambiarse a:**

Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos períodos del año, incluidos el **Período de Inscripción Anual** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección A**.

Si elige otro plan de Medicare que también proporcione sus beneficios de STAR+PLUS durante ciertos períodos del año, su plan de STAR+PLUS también cambiará al mismo plan que proporciona sus beneficios de Medicare. No necesita hacer nada para que esto suceda.

Si decide inscribirse en cualquier otro plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage (MAP) o Medicare Original, durante ciertos períodos del año, su plan de STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. En esta situación, si desea cambiar su plan de STAR+PLUS, puede hacerlo en cualquier momento comunicándose con el agente de inscripción de Texas al 1-877-782-6440 o TTY: 711, de 8 a.m. a 6 p.m., CST, de lunes a viernes.

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para obtener información sobre la inscripción de proveedores de PACE y sus políticas, puede comunicarse con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) al 512-487-3450. Este número lo conecta con la Unidad de Políticas de Servicios Comunitarios, que supervisa las operaciones de PACE en Texas.

Si necesita ayuda o más información:

Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., CST. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP). Para obtener más información o encontrar una oficina del Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP) en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare.

O

Inscríbase en un plan nuevo de Medicare.

Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su plan nuevo.

Si elige otro plan de Medicare que también proporcione sus beneficios de STAR+PLUS, no necesita hacer nada para que su plan de STAR+PLUS se alinee automáticamente con su nuevo plan de Medicare.

Si decide inscribirse en cualquier otro plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage (MAP) o Medicare Original, su plan de STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. Si desea

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

cambiar su plan de STAR+PLUS, puede hacerlo en cualquier momento comunicándose con el agente de inscripción de Texas al 800-964-2777 o TTY: 711, de 8 a.m. a 6 p.m., CST, de lunes a viernes.

Sección C.2 Sus servicios de STAR+PLUS

Si tiene preguntas sobre cómo recibir sus servicios de STAR+PLUS después de abandonar nuestro plan, llame al agente de inscripción de Texas al 800-964-2777, de 8 a.m. a 6 p.m., CST, de lunes a viernes. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la manera en que recibe su cobertura de STAR+PLUS.

SECCIÓN D Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede pasar un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva membresía de Medicare y STAR+PLUS. Durante este tiempo, sigue recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su plan nuevo.

- Utilice nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den de alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den de alta.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

SECCIÓN E Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos para STAR+PLUS. Nuestro plan es para personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para STAR+PLUS.
- Tiene 3 meses a partir de la fecha de la notificación de la posible pérdida de elegibilidad para presentar un comprobante de elegibilidad a fin de permanecer inscrito en El Paso Health Medicare Align (HMO-DSNP). Si no demuestra que continúa siendo elegible, mediante, por ejemplo, una tarjeta de Medicaid o una carta de concesión de beneficios, se cancelará su inscripción por pérdida de la condición de necesidades especiales.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos.
- Si no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, ni un no ciudadano elegible.
 - Debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible, para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si pierde su elegibilidad para STAR+PLUS, pero se puede prever que la recuperará dentro de 3 mes(es), continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por El Paso Health Align (HMO D-SNP). Cuando finalice su cobertura de STAR+PLUS, no pagaremos por sus beneficios de STAR+PLUS.

Lo ayudaremos a recuperar su elegibilidad para STAR+PLUS. Si recupera su elegibilidad para STAR+PLUS mientras sigue inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de STAR+PLUS y su inscripción con nosotros

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

continuará. Si no puede recuperar STAR+PLUS dentro de 3 mes(es), cancelaremos su inscripción en El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP). Si recupera su elegibilidad para STAR+PLUS después de que se cancele su inscripción, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por los siguientes motivos solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y STAR+PLUS:

- Si nos proporciona intencionalmente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de una manera perturbadora que nos dificulta proporcionar atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica. (Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso si finalizamos su membresía por este motivo).

SECCIÓN F Reglas que prohíben pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1800MEDICARE (18006334227). Los usuarios de TTY deben llamar al 18774862048.-----

SECCIÓN G Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para finalizarla. También debemos explicar cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

SECCIÓN H Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea más información sobre la finalización de su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

CAPÍTULO 11: Avisos legales

INTRODUCCIÓN

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

SECCIÓN A Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque no se incluyan ni se expliquen en este *Manual para miembros*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales sobre los programas Medicare y STAR+PLUS. También pueden aplicarse otras leyes federales y de Texas.

SECCIÓN B Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos ni lo tratamos de manera diferente debido a su raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones de seguro, antecedentes médicos, información genética, pruebas de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local. www.HHS.gov/ocr/index.html

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ephmedicare.com

Capítulo 11 Avisos legales

- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN C Aviso sobre Medicare como pagador secundario y STAR+PLUS como pagador de último recurso

A veces, otra persona o entidad debe pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidentes laborales deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los que Medicare no es el pagador primario.

Cumplimos con las leyes y los reglamentos federales y de Texas relacionados con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que STAR+PLUS sea el pagador de último recurso.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes

INTRODUCCIÓN

Este capítulo incluye los términos clave que se utilizan en todo este *Manual para miembros* junto con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que busca o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria (ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el inodoro, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: Una manera de impugnar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* explica las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Salud conductual: Un término integral que se refiere a la salud mental y a los trastornos por consumo de sustancias.

Producto biológico: Un medicamento elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: Un medicamento que fabrica y vende la compañía que lo creó originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos generalmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted (u otras partes que reúnen los requisitos en su nombre) haya gastado \$2,400 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el *año*. Usted no paga nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* explica cómo comunicarse con CMS.

Queja: Una declaración por escrito o verbal que indica que tiene un problema o una inquietud sobre sus servicios cubiertos o su atención. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una reclamación”.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Proporciona diversos servicios, incluidos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Costos compartidos: Los montos que debe pagar cuando recibe ciertos medicamentos. Los costos compartidos incluyen los copagos.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Nivel de costos compartidos: Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de medicamentos*) está en uno de 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será su costo por el medicamento.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona instrucción adicional a nuestros proveedores de atención médica para ayudarlos a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias y adaptar los servicios para satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Tarifa diaria de costos compartidos: Una tarifa que puede aplicarse cuando su médico le receta menos de un suministro para un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. La tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días de un suministro para un mes.

Este es un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento por un suministro para un mes completo (un suministro para 30 días) es de \$1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es menos de \$0.05 por día. Si recibe un suministro para siete días del medicamento, su pago es menos de \$0.05 por día multiplicado por siete días, para un pago total de menos de \$0.35.

Cancelación de la inscripción: El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (sin ser su decisión).

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Programa de manejo de medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que frecuentemente se abusa.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* está en uno de 6 niveles.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): Un plan de salud que atiende a personas elegibles tanto para Medicare como para STAR+PLUS. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que su médico ordena para usarlos en su hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para usarlas en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal y, si es una mujer embarazada, la pérdida del bebé por nacer. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Excepción: Permiso para obtener cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. Ayuda Adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Medicamento genérico: Un medicamento aprobado por la FDA para usarlo en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Generalmente es más económico y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Reclamación: Una queja que presenta sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio que proporciona nuestro plan de salud.

Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC): La agencia estatal de Texas a cargo de STAR+PLUS. El **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* explica cómo comunicarse con HHSC.

Plan de salud: Una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de servicios para ayudarlo a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proporcionar la atención que necesita.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): Una revisión de sus antecedentes médicos y su estado actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Auxiliar de atención médica a domicilio: 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 inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Cuidados paliativos para enfermos terminales: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que se ha certificado médicamente que una persona tiene una enfermedad terminal, es decir, una expectativa de vida de seis meses o menos.

- Un afiliado con un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos para enfermos terminales.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados proporciona atención integral a la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

- Estamos obligados a darle una lista de proveedores de cuidados paliativos para enfermos terminales en su área geográfica.

Facturación indebida/inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura por los servicios un monto mayor que nuestro monto de costos compartidos. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entiende.

Organización de revisión independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está vinculada a nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Etapas de cobertura inicial: La etapa anterior a que sus gastos totales en medicamentos de la Parte D de Medicare alcancen \$2,400. Esto incluye los montos que usted pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Paciente internado: Un término que **se** utiliza cuando es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, es posible que todavía se lo considere un paciente ambulatorio en lugar de un paciente internado, aunque pase la noche en el hospital.

D-SNP integrado: Un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de STAR+PLUS bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para STAR+PLUS. Estas personas se conocen como personas con doble elegibilidad y beneficios completos.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una receta nueva porque cumple con requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes de Texas.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una *lista de medicamentos* recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si hay reglas que

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama “formulario”.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería o a un hospital. Los LTSS incluyen servicios basados en la comunidad y centros de enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

Médicamente necesario: Describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye atención que evita que ingrese a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con 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). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP): Un programa estructurado para cambiar los comportamientos relacionados con la salud que proporciona capacitación sobre cambios en la alimentación a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar las dificultades para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Afiliado de Medicare-Medicaid: Una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y STAR+PLUS. Un afiliado de Medicare-Medicaid también se llama una “persona con doble elegibilidad”.

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de enfermería especializada, atención médica a domicilio y cuidados paliativos para enfermos terminales.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite que compañías privadas de seguros de salud proporcionen beneficios de Medicare a través de un Plan MA.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Abreviamos el nombre de este programa como “Parte D”. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare ni por STAR+PLUS. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. STAR+PLUS puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Manejo de la terapia con medicamentos (MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se proporciona a personas que cumplen con ciertos requisitos o que participan en un Programa de manejo de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare y STAR+PLUS que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y HHSC.

Manual para miembros e información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula adicional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Servicios para Miembros: Un departamento de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamaciones y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: Una farmacia que ha acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas únicamente cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, enfermeros y otras personas que le proporcionan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le proporcionan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y de Texas para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con nuestro plan de salud, aceptar nuestro pago y no cobrar un monto adicional a los miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se llaman “proveedores del plan”.

Hogar o centro de enfermería: Un lugar que proporciona atención a personas que no pueden recibir su atención en el hogar, pero no necesitan estar en el hospital.

Defensor del pueblo: Una oficina en Texas que actúa como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarlo a comprender qué

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

debe hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Texas tiene dos oficinas del Defensor del Pueblo: la Oficina del Defensor del Pueblo de HHS y la Oficina del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo de Texas. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual para miembros*.

Determinación de la organización: Nuestro plan realiza una determinación de la organización cuando nosotros o uno de nuestros proveedores decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* explica las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: Un producto biológico aprobado por la FDA que sirve como referencia de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se llama producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, los servicios se cubren pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica montos que determina el Congreso.

- Puede utilizar cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no desea participar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha acordado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.--

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no está empleado por nuestro plan, ni es propiedad de nuestro plan, ni está operado por nuestro plan, y que no tiene un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* explica los proveedores o centros fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Gastos de bolsillo: El requisito de costos compartidos que obliga a los miembros a pagar parte de los servicios o medicamentos que reciben también se llama el requisito de “gastos de bolsillo”. Consulte la definición de “costos compartidos” anterior.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre son medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Información de salud personal (también llamada información de salud protegida) (PHI):

Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos respecto de su PHI.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es más probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): Una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico o acudir a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si no obtiene primero la aprobación.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una PA de nosotros.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están señalados en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están señalados en la Lista de medicamentos cubiertos y las reglas se publican en nuestro sitio web.

Programa de Atención Integral para las Personas Mayores (PACE): Un programa que cubre conjuntamente los beneficios de Medicare y STAR+PLUS para personas de 55 años o más que necesitan un nivel de atención más alto para vivir en su hogar.

Prótesis y órtesis: Dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, soportes para el brazo, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o una función, incluidos los suministros para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para verificar y mejorar la atención que se proporciona a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica para cada afiliado sobre medicamentos cubiertos y beneficios. Esto incluye los montos de costos compartidos, los medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada y límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: Una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para acudir a un proveedor distinto de su PCP. Si no obtiene primero la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para acudir a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, generalmente es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Equipo de coordinación de servicios: Un equipo de coordinación de servicios puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de coordinación de servicios también lo ayuda a elaborar un plan de servicios.

Coordinador de servicios: Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de servicios: Un plan que indica qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo para proporcionar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar un enfermero registrado o un médico.

Especialista: Un médico que proporciona atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo.

STAR+PLUS: Este es el nombre del programa de atención administrada de Medicaid de Texas para adultos que tienen discapacidades o tienen 65 años o más. STAR+PLUS es administrado por HHSC y es financiado por Texas y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que Medicare no cubre.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos tanto para Medicare como para STAR+PLUS.

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de STAR+PLUS que no aprobamos, o si no continuamos pagando por un servicio de STAR+PLUS que ya recibe, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se resuelve a su favor, debemos proporcionarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que requiere que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, son ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Atención de urgencia: Atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a ellos porque, dadas la hora, el lugar o las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios por una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica).

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**Servicios para Miembros de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP)**

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
Llame	1-833-497-7710 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. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711. 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. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
Escriba	El Paso Health P.O. Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
Sitio web	www.ephmedicare.com

Declaración de divulgación de la PRA Según 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 0938-1444. 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

Si tiene preguntas, llame a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) al 1- 833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ephmedicare.com

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 de 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/portal/lobby.jsf>, o por correo postal 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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de asistencia lingüística

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

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

Vietnamese/Viet: Nếu quý vị, hay người mà quý vị 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 1-833-497-7710 (TTY: 711)

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

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

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

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

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

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

Servicios de asistencia lingüística

Hindi/हिंदी: यदि आपके ,या आप द्वारा सहायता ककए जा रहे ककसी व्यक्त के El Paso Health के बारे म॑ प्रश्न ह॑ ,तो आपके पास अपनी भाषा म॑ मुफ्त म॑ सहायता और सूचना प्राप्त करने का ॑धकार है। ककसी िं॑भाषण सेवात करनेके ॑लए 1-833-497-7710 (TTY: 711)

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

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

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

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

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

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



Para más información:

Llame al 1-833-497-7710

usuarios TTY llamen al 711

**o visítenos en
ephmedicare.com**