

Evidencia de Cobertura 2023

1 de enero – 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura para medicamentos con receta como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO

Este documento le da información de su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio al cliente al 855-645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Este plan, Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO, lo ofrece Memorial Hermann Health Plan, Inc. (donde esta *Evidencia de cobertura* diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Memorial Hermann Health Plan, Inc. Donde diga “plan” o “nuestro plan”, significa Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO).

Este documento está disponible gratis en español. Debemos darle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sea inglés, en braille, en letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

La lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Les avisaremos sobre los cambios a los miembros afectados con un mínimo de 30 días de antelación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Úselo para entender:

- Su prima y costos compartidos del plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda, y
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Evidencia de cobertura para 2023**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....	7
SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4 Su costo mensual por Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO.....	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	13
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	14
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	15
CAPÍTULO 2: <i>Teléfonos y recursos importantes</i>	17
SECCIÓN 1 Contactos de Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con el Servicio al cliente)	18
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	27
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad	28
SECCIÓN 5 Seguro Social	29
SECCIÓN 6 Medicaid	30
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta	31
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.....	34
SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro médico de un empleador?	35
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	36
SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan	37
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.....	39
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención, o durante un desastre.....	41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios?.....	44

Índice

SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	44
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una “institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud”	46
SECCIÓN 7	Normas para poseer equipo médico duradero	47
CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)		50
SECCIÓN 1	Explicación de sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos	51
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar	52
SECCIÓN 3	¿Cuáles servicios no están cubiertos por el plan?	93
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D		97
SECCIÓN 1	Introducción	98
SECCIÓN 2	Presente sus recetas en una farmacia de la red o mediante el servicio de medicamentos por correo del plan	98
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	102
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	105
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?	106
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia?	109
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	112
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	113
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	114
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos	115
CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D		118
SECCIÓN 1	Introducción	119
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en que está cuando obtiene el medicamento	121
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago está	122
SECCIÓN 4	No hay deducible para Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO	123
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte	124

Índice

SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de período sin cobertura	129
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos.....	130
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	130
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>.....		133
SECCIÓN 1	Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos.....	134
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió	136
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no	137
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		138
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	139
SECCIÓN 2	Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades.....	146
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		148
SECCIÓN 1	Introducción	149
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	150
SECCIÓN 3	Para solucionar su problema, ¿qué proceso debe usar?	150
SECCIÓN 4	Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones	151
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	154
SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	162
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto	173
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura terminará muy pronto	181
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al nivel 3 y niveles posteriores	187
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones	190
CAPÍTULO 10: <i>Cómo cancelar su membresía en el plan</i>.....		194
SECCIÓN 1	Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan	195

Índice

SECCIÓN 2	¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?.....	195
SECCIÓN 3	¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?	198
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	198
SECCIÓN 5	Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO debe cancelar su membresía al plan en ciertas situaciones.....	199
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	201
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	202
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	202
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare	202
SECCIÓN 4	Derechos de subrogación y responsabilidad a terceros.....	203
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	205

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO, que es una HMO de Medicare

Usted eligió recibir su atención médica de Medicare y su cobertura para medicamentos con receta por medio de nuestro plan, Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO es un plan de Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización de Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada

La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud elegible (QHC) y cumple el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento *Evidencia de cobertura*?

Este documento de *Evidencia de cobertura* le explica cómo obtener la atención médica y los medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos con receta que tiene disponibles como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO.

Si es un miembro nuevo, es importante que sepa cómo funciona el plan, cuáles son las normas y cuáles servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique algo de tiempo para examinar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si tiene dudas, preocupaciones o solo tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al cliente.

Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO 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 nuestra parte sobre cambios a su cobertura o a las condiciones que afectan su cobertura. Esos avisos se llaman a veces “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO después del 31 de diciembre de 2023. También podemos dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan si cumple los siguientes requisitos:

- Usted tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- y -- vive en el área de servicio geográfica (la Sección 2.2 abajo describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran como viviendo en el área geográfica de servicio aun si están físicamente.
- -- y -- es ciudadano estadounidense o está legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio para el plan Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO

Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO está disponible únicamente para las personas que viven en el área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe abajo.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Jefferson y Hardin.

Si tiene planificado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio al cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se traslade, tendrá un Periodo de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Puede encontrar los teléfonos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos

El miembro de un plan médico de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informará a Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO si usted no es elegible para seguir siendo un miembro por este motivo. Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO deberá cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. Usted además debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un ejemplo de muestra de una tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:



NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica de Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio al cliente y le enviaremos una nueva.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores* está la lista de los proveedores de nuestra red y de los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores dentro de la red para obtener atención médica y servicios. Si se va a otro lugar sin la autorización apropiada, tendrá que pagarlo todo. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable ni posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista de proveedores y de suplidores más reciente también puede encontrarse en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede pedirla en el Servicio al cliente.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el directorio de farmacia está la lista de farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir medicamentos con receta a los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información de cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen costo compartido preferido, que puede ser menos que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede pedir una copia en el Servicio al cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory>.

Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan.

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Le dice qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos según el beneficio de la Parte D incluido en Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO. Los medicamentos en esta lista los selecciona el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO.

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actual sobre qué medicamentos están cubiertos, visite el sitio web del plan (<http://healthplan.memorialhermann.org/find-other-services/formulary-search>) o llame al Servicio al cliente.

SECCIÓN 4 Su costo mensual por Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1	Prima del plan
--------------------	-----------------------

Usted no paga una prima mensual aparte por el plan Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO.

Sección 4.2	Prima mensual de la Parte B de Medicare
--------------------	--

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima por la Parte B. También puede incluir una prima por la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3	Multa por inscripción tardía en la Parte D
--------------------	---

Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que haya finalizado su período de inscripción inicial hay un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo la Parte D ni otra cobertura válida de medicamentos con receta. Una “cobertura válida de medicamentos con receta médica” es la cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura válida de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esa multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

En cuanto se inscriba en Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO, le diremos la cantidad de la penalización.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
 - Si estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura válida.
 - Usted ha tenido cobertura válida de medicamentos mediante otra fuente como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su aseguradora o el departamento de Recursos Humanos le dirán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Esta información se le puede enviar en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
- **Nota:** Cualquier aviso debe decir que tenía cobertura “válida” de medicamentos con receta que se esperaba que pagara tanto como paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas válidas de medicamentos con receta: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Así es como funciona:

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta después de que fuera elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contratará el número de meses completos que usted no tenía cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima promedio mensual de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2023, el monto promedio de la prima es de \$32.74. Esta cantidad puede cambiar en 2024.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, luego redondee la cantidad a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por \$32.74, lo que equivale a \$4.58. Se redondea a \$4.60. Esta cantidad se agregaría a la **prima mensual para una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Hay tres cosas importantes para tomar en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa podría cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **continuará con el pago de una multa** cada mes por el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si se cambia de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por la edad en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió indicando que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse al plan, podría no tener otra posibilidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo más, que se conoce como la Cantidad del ajuste mensual relacionado con ingresos para la Parte D, también conocida como IRMAA. El cargo adicional se calcula usando sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en sus declaraciones de impuestos de IRS de hace dos años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que debe pagar basándose en sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuánto será la cantidad adicional. Se le retendrá la cantidad adicional de su Seguro Social, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo paga habitualmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, se le cancelará la inscripción del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información de cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas en que puede pagar su multa
--------------------	--

Hay cuatro (4) formas de pagar la penalización:

Opción 1: Pagar con cheque

Si elige la opción de facturación directa, recibirá un aviso de penalización por inscripción tardía el día 18 de cada mes natural. El pago de la penalización por inscripción tardía vencerá el día 1 de cada mes natural. Cuando lo reciba, puede pagar con cheque personal, cheque de caja u orden de pago. Envíe los pagos a nombre de:

Memorial Hermann Health Plan, Inc.
P.O. Box 732410
Dallas, TX 75373-2410

Debe incluir el pago con el cupón en el aviso y debe escribir su identificación de miembro en el cheque, cheque de caja u orden de pago.

Opción 2: Puede pagar mediante transferencia automática de su cuenta corriente o cuenta de ahorro

Si elige pagar por transferencia bancaria automática de su cuenta corriente o cuenta de ahorro, el pago de la penalización por inscripción tardía se deducirá automáticamente de su cuenta corriente o cuenta de ahorro alrededor del día 5 de cada mes. Puede comunicarse con el Servicio al cliente y solicitar un formulario de aviso de cambio, que incluirá instrucciones específicas, para configurar la transferencia bancaria automática.

Opción 3: Puede pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D con tarjeta de crédito

Si elige la opción de tarjeta de crédito, la penalización mensual por inscripción tardía se deducirá de su cuenta de tarjeta de crédito el día 1 de cada mes. Puede elegir el pago único con tarjeta de crédito; sin embargo, su cuenta se configurará como “Facturación directa” y se le enviará la factura el día 18 de cada mes natural a partir de allí. La penalización mensual por inscripción tardía (si corresponde) vencerá el día 1 de cada mes.

Si tiene preguntas sobre los pagos con tarjeta de crédito, comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Opción 4: Que la multa por inscripción tardía en la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la manera como paga la prima. Si decide cambiar la manera de pagar su prima, puede tomar hasta tres meses para que se implemente el nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud de nuevo método de pago, es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago de la prima, comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para obtener ayuda.

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D

La penalización por inscripción tardía en la Parte D debe llegar a nuestra oficina antes del día 1 del mes.

Si tiene problemas para pagar a tiempo la penalización por inscripción tardía en la Parte D, comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para saber si pueden remitirlo a programas que ayuden con la penalización.

Sección 5.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?
--------------------	---

No. No se nos permite que cambiemos la cantidad que cobramos por la prima de plan mensual durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el siguiente año, lo avisaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que tenga que dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si se adeuda, o que necesite empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría ocurrir si usted se vuelve elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” a lo largo del año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía en la Parte D y se vuelve elegible para “Ayuda adicional” durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta.

Usted puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 **Mantenga actualizado su registro de membresía del plan**

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, incluyendo su Proveedor de atención primaria.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan necesitan tener la información correcta de su persona. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costos compartidos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Avísenos de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación para los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como reclamamos por un accidente automovilístico
- Si lo ingresaron en un centro de atención residencial
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable que designó (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar al plan de los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando al Servicio al cliente.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los teléfonos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare necesita que recopilemos su información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios según nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta donde está cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que estemos enterados. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no esté en la lista, llame al Servicio al cliente. Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a las otras aseguradoras (cuando haya confirmado la identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica colectiva del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. Al seguro que paga primero se le llama el “pagador primario” y paga hasta los límites de la cobertura de ese seguro. El que paga segundo, llamado el “pagador secundario”, solo paga si hay costos que la cobertura primaria dejó sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si usted no tiene otro seguro, avísele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura de un plan médico de grupo del empleador o del sindicato:

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan médico de grupo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, el que pague primero dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare según su edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o el familiar aún trabajan, su plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, su plan médico de grupo pagará primero por los primeros 30 meses después de que adquiere la elegibilidad para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro independiente de culpabilidad (incluyendo seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluyendo seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare, los planes médicos de grupo del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

*Teléfonos y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con el Servicio al cliente)

Cómo comunicarse con el Servicio al cliente de nuestro plan

Si necesita ayuda con reclamos o facturación, o tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio al cliente de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO. Será un gusto ayudarlo.

Método	Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. El Servicio al cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablen inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
ESCRIBA A	Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO 929 Gessner Road Suite 1500 Houston, TX 77024
SITIO WEB	http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre
FAX	(713) 338-6982
ESCRIBA A	Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO Medical Management 929 Gessner Road Suite 1500 Houston, TX 77074
SITIO WEB	http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Apelaciones de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	<p>(855) 645-8448</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Horario de Atención: De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Horario de Atención: 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.</p>
FAX	<p>(713) 338-5811</p>
ESCRIBA A	<p>Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO Appeals & Grievances 929 Gessner Road Suite 1500 Houston, TX 77024</p>
SITIO WEB	<p>http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/</p>

Método	Decisiones de cobertura de medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(866) 270-3877 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de Atención: 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: 24 horas del día, 7 días de la semana
FAX	(855) 668-8552
ESCRIBA A	Memorial Hermann Health Plan c/o Navitus Health Solutions, LLC Attn: Autorización previa: P.O. Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/part-d-coverage-determinations

Método	Apelaciones de medicamentos con receta médica de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(866) 270-3877 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: 24 horas del día, 7 días de la semana
FAX	(844) 268-9791
ESCRIBA A	Memorial Hermann Health Plan c/o Navitus Health Solutions, LLC Attn: Appeals P.O. Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/part-d-appeals-grievances

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. Para obtener más información de cómo presentar una queja sobre la atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(713) 338-5811
ESCRIBA A	Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO Appeals & Grievances 929 Gessner Road Suite 1500 Houston, TX 77024
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes**A dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido**

Si recibió una factura o pagó servicios (como la factura de un proveedor) que cree que no debería pagar, debe pedirnos el reembolso o pagar la factura del proveedor. Vea el Capítulo 7. (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta: Si nos presenta una solicitud de pago y denegamos alguna parte de la solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vea el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para obtener más información.

Método	Solicitud de pago – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(713) 338-6550
ESCRIBA A	Memorial Hermann Health Plan ATTN: Medical Claims Department – Member Reimbursement 929 Gessner Road, Suite 1500 Houston, TX 77024
SITIO WEB	http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago – Medicamentos con receta de la Parte D, información de contacto
LLAME AL	(866) 270-3877 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de Atención: 24 horas del día, 7 días de la semana
FAX	(855) 668-8550
ESCRIBA A	Memorial Hermann Health Plan Manual Claims c/o Navitus Health Solutions, LLC Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/part-d-coverage-determinations

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente con necesidad de diálisis o de trasplante de riñón).

La agencia federal encargada de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que estamos incluidos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	Llame al 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratis.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Tiene información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, centros de atención residencial, médicos, agencias de atención médica en casa y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad para Medicare: proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: proporciona información individualizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes médicos de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo</i> de lo que pueden ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para compartir con Medicare las quejas que tenga sobre Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, es probable que encuentre ayuda para visitar este sitio web en la biblioteca local o en el centro para adultos mayores usando la computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, SHIP se llama Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP).

El Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan médico) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a personas con Medicare.

Los asesores del Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico, y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare a entender sus opciones del plan de Medicare, y pueden responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” que está a la mitad de la página de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones
 - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
 - Opción 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con los teléfonos y los recursos específicos de su estado.

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) (Texas SHIP) – Información de contacto
LLAME AL	(800) 252-9240 o (800) 252-3439
TTY	(800) 735-2989. Para este número se necesita un equipo telefónico especial y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin, TX 78714-9104
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga para que revisen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de los servicios de atención médica en casa, atención del centro de enfermería especializada o del Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando antes de tiempo.

Método	KEPRO (Organización de Texas para la Mejora de la Calidad) – Información de contacto
LLAME AL	(888) 315-0636 (833) 868-4060 (fax)
	<u>Horario de atención de la línea de ayuda:</u> Días laborables: De 9 a. m. a 5:00 p. m. hora del este, del centro, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutianas.

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	KEPRO (Organización de Texas para la Mejora de la Calidad) – Información de contacto
TTY	711 OR (855) 843-4776. Para este número se necesita un equipo telefónico especial y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/bene/statepages/texas/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos americanos y los residentes legales mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen un mayor ingreso. Si recibió una carta del Seguro Social indicándole que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambia la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir la reconsideración.

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponibles de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunas gestiones las 24 horas del día.

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Seguro Social: información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratis. Disponibles de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare son también elegibles para Medicaid.

Los programas que se ofrecen por medio de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos “Programas de ahorros de Medicare” incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y empleados calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Comisión de Servicios Humanos y Salud de Texas.

Método	Comisión de Servicios Humanos y Salud de Texas – Información de contacto
LLAME AL	(800) 252-8263
TTY	(512) 424-6597 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Comisión de Servicios Humanos y Salud de Texas – Información de contacto
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Commission Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

En el sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) obtiene información de cómo puede disminuir sus costos de medicamentos con receta. Para personas con ingresos limitados, también hay otros programas de asistencia, descritos abajo.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare da “Ayuda adicional” a las personas con ingresos y recursos limitados para pagar los costos de medicamentos con receta. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si califica, obtiene ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos con receta de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare, le enviaremos por correo una carta. Usted no tendrá que solicitarla. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, primas y costos. Para saber si califica para obtener “Ayuda adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, en horario de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- La oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto)

Si cree que usted calificó para obtener “Ayuda adicional” y que está pagando una cantidad de costos compartidos incorrecta cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite ya sea solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o entregarnos la evidencia si ya la tiene.

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

- Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una copia del documento del estado que confirme la condición de “activo” en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una impresión del archivo electrónico del estado que muestre la condición de “activo” en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una captura de pantalla del sistema de Medicaid del estado que muestre la condición en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una carta de SSA que muestre que la persona recibe SSI, o
- Una solicitud presentada por la persona considerada elegible en la que se confirme que el beneficiario es “automáticamente elegible para la ayuda adicional” (publicación de SSA HI03004.605).

Cuando recibamos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta en la farmacia. Si paga más que la cantidad de su copago, le haremos un reembolso. Podemos enviarle un cheque por la cantidad que pagó de más o podemos compensar copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y los tiene registrados como pagos que usted debe, puede ser que nosotros hagamos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagarle directamente al estado. Comuníquese con el Servicio al cliente si tiene preguntas.

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar sus recetas, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), o cualquiera de los programas que tienen cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea “Ayuda adicional”), aún obtendrá el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el Formulario de ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de recetas del Programa de Texas de Medicamentos para el VIH (THMP).

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado y de su condición del VIH, ingresos bajos según lo define el estado y condición sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquelo al trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda continuar recibiendo la asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame gratis al Programa de Texas de Medicamentos para el VIH (THMP) al (800) 255-1090.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad, condición médica o sus discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para dar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, los Programas de Asistencia Farmacéutica del estado son el Programa de Texas de Atención Médica Renal (KHC) y el Programa Estatal de Texas de Asistencia de Farmacia para el VIH (SPAP).

Método	Programa de Texas de Atención Médica Renal y Programa Estatal de Texas de Asistencia de Farmacia para el VIH (SPAP) – Información de contacto
LLAME AL	(800) 222-3986 - Programa de Texas de Atención Médica Renal El horario es de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro, de lunes a viernes. (800) 255-1090 - Programa Estatal de Texas de Asistencia de Farmacia para el VIH (SPAP) El horario es de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.
TTY	711 OR (800) 735-2989. Para este número se necesita un equipo telefónico especial y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Programa de Texas de Atención Médica Renal y Programa Estatal de Texas de Asistencia de Farmacia para el VIH (SPAP) – Información de contacto
ESCRIBA A	<p>Texas Kidney Health Care Program Department of State Health Services MC 1938 P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9947</p> <p>Correo electrónico: khc@hhsc.state.tx.us</p> <p>Texas HIV State Pharmacy Assistance Program (SPAP) MC 1873 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347</p>
SITIO WEB	<p>Texas Kidney Health Care Program https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care</p> <p>Texas HIV State Pharmacy Assistance Program (SPAP) https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm</p>

Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO ofrece una cobertura adicional para el período sin cobertura para insulinas selectas (SI). Durante la Etapa del período sin cobertura, sus gastos de bolsillo en insulinas selectas serán de \$35 por un suministro para un mes. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de período sin cobertura. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califiquen para un programa de ayuda para pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”). Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la lista de medicamentos más reciente que hemos proporcionado de manera electrónica. En la lista de medicamentos, las insulinas selectas se identifican con SI. Si tiene preguntas sobre la lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio al cliente al (855) 645-8448.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

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

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, puede tener acceso a la Línea de ayuda de RRB automatizada e información grabada durante las 24 horas, incluyendo los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratis.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios médicos, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (los números de teléfono del Servicio al cliente están en la parte de atrás de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare según este plan.

Si usted tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan para
sus servicios médicos*

SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe conocer sobre cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir servicios, tratamientos médicos y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando la recibe, use el cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que se cubre y lo que paga usted*).

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”?

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para prestar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan. Cuando consulta a un proveedor dentro de la red, usted solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipo y medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica están en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. En el Capítulo 5 se discuten los servicios cubiertos de medicamentos con receta.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan

Como plan médico de Medicare, Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO debe cubrir todos los servicios que cubre Medicare original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare original.

Normalmente, Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO cubre su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba está incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le presta y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- Si usted no elige un PCP en la inscripción, automáticamente le asignaremos un PCP según su lugar geográfico. Deberá llamar al Servicio al cliente al (855) 645-8448 si necesita ayuda para encontrar y asignar un PCP diferente. Después de que se le asigne un nuevo PCP, recibirá una nueva tarjeta de identificación y el nuevo PCP figurará en la tarjeta. Los cambios de PCP entran en vigor inmediatamente al recibir la solicitud.
 - En la mayoría de situaciones, nuestro plan debe darle la aprobación por anticipado antes de que pueda usar otros proveedores de la red del plan como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en casa. Esto se llama darle una “remisión”. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor dentro de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor de fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor el costo total de los servicios prestados. *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios de urgencia que recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios necesarios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 2 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no tenemos especialistas en nuestra red que den esa atención, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que pagaría normalmente dentro de la red. Debe recibir autorización del plan antes de buscar atención según este ejemplo. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor dentro de la red. Para obtener información sobre la aprobación para ir con un médico de fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que paga el plan por la diálisis no puede superar nunca el costo compartido en Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no está en la red del plan, su costo compartido no puede exceder del costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener los servicios dentro del área de

servicio de un proveedor que no está en la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que le dé y supervise su atención médica
--

¿Qué es un “PCP” y qué hace un PCP por usted?

Un PCP es su proveedor de atención médica primaria que se especializa en medicina familiar, general, interna o geriatría. Un PCP es un proveedor de atención médica primaria que administra su atención médica general y coordina su atención junto con otros proveedores, si es necesario.

¿Cómo elige a su PCP?

Como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO, si no eligió un PCP en el momento de la inscripción, debe elegir un médico de atención primaria (PCP) de nuestra red de proveedores contratados.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento, por cualquier motivo. Además, también es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar otro PCP.

Si quiere cambiar de PCP, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al cliente y un representante lo ayudará a hacer este cambio. Los cambios de PCP entran en vigor inmediatamente al recibir la solicitud.

Sección 2.2 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red
--

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con condiciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Aunque le recomendamos encarecidamente que hable de su atención especializada con su PCP para coordinar la atención, no está obligado a obtener una remisión de su PCP para ver a un especialista.

Consulte su Directorio de proveedores y nuestro sitio web para ver información sobre nuestra red de proveedores de atención médica y especialistas.

Para algunos tipos de procedimientos o terapias, el PCP o el especialista puede necesitar obtener antes una aprobación de nuestro Plan (autorización previa). Consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección 2.1, para revisar los servicios para los que se puede necesitar autorización previa.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

Es posible que hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista se retira del plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le demos acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con un mínimo de 30 días de antelación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con costos compartidos dentro de la red. Se exige autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos facilitado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que no se está administrando apropiadamente su atención, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a QIO, una queja formal de calidad de la atención al plan, o ambas. Vea el Capítulo 9.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Normalmente, este plan no da cobertura para servicios recibidos de proveedores fuera de la red. Sin embargo, es posible que reciba servicios de proveedores fuera de la red por emergencias o servicios necesarios de urgencia fuera del área. Además, si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y viajará fuera del área de servicio del Plan, podrá recibir tratamientos ambulatorios de diálisis de proveedores que no tengan contrato con el Plan. No es responsable de obtener autorización para estos servicios. Si necesita atención médica que, según Medicare, nuestro Plan debe cubrir, y los proveedores de nuestra red no pueden dar esta atención, podrá obtenerla de un proveedor fuera de la red, pero el proveedor deberá ser participante del programa Medicare original o aceptar el pago de Medicare. En esta situación, se exige autorización previa antes de recibir estos servicios. Por estos servicios, el Plan pagará lo mismo que pagaría si usted recibiera la atención de un proveedor dentro de la red.

Transición de la atención para nuevos miembros

Los nuevos miembros que están siguiendo un curso de tratamiento activo con un proveedor fuera de la red podrán seguir obteniendo los servicios de ese proveedor, con aprobación del Plan. Este curso de tratamiento puede tener cobertura del Plan por hasta 90 días o hasta que se pueda hacer la transición del tratamiento a un proveedor dentro de la red, cuando el Plan lo autorice. Para obtener autorización, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro).

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención, o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica**¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una?**

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente, que tiene conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé que no ha nacido), pierda una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o discapacidad grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener aprobación ni remisión previa de su PCP. No es necesario que usted vaya con un médico dentro de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios,

y de cualquier proveedor con una licencia del estado apropiada, incluso si no son partes de nuestra red. La atención emergencia y de urgencia está cubierta en todo el mundo (fuera de los Estados Unidos o sus territorios).

- Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya avisado a nuestro plan sobre su emergencia. Debemos darle seguimiento a la atención de emergencia que le den. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos de su atención de emergencia, generalmente en las siguientes 48 horas. Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448. Horario de Atención: De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner su salud en riesgo. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que están prestándole la atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y que ha terminado la emergencia médica.

Después de que haya terminado la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para confirmar que su condición sigue siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que puedan comunicarse con nosotros y hacer planes para obtener atención adicional. La atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si la atención de emergencia se la dan proveedores fuera de la red, trataremos de coordinar que proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría llegar por atención de emergencia (pensando que su salud está en grave peligro) y el médico podría decir que después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre que haya pensado de manera razonable que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la obtiene de una de estas dos maneras:

- Usted visita a un proveedor dentro de la red para obtener la atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera “servicios necesarios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener estos servicios necesarios de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de los servicios**¿Qué son los “servicios necesarios de urgencia”?**

Un servicio necesario de urgencia es una situación que necesita atención médica inmediata no es de emergencia, pero que no es posible o no es razonable obtener esos servicios de un proveedor dentro de la red dadas las circunstancias. El plan debe cubrir servicios necesarios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son i) dolor de garganta intenso en el fin de semana, o ii) un episodio imprevisto de una condición conocida cuando usted está fuera del área de servicio temporalmente.

Puede recibir atención de cualquier proveedor de atención de urgencia. Le recomendamos que se comunique con el consultorio de su PCP si necesita atención de urgencia. Si recibe servicios de atención de urgencia en el consultorio de su médico, usted pagará el copago del consultorio, pero, si recibe servicios de atención de urgencia en un centro de atención de urgencia del Plan, usted pagará el copago del centro, que puede ser más alto. Su plan cubre, sin costo para usted, las visitas virtuales (por video o por teléfono) con Teladoc, 24/7. Puede registrarse o iniciar sesión en Teladoc en <https://www.teladoc.com/>. Si necesita ayuda para determinar dónde ir, comuníquese con nuestra Línea médica de enfermería al (713) 338-7979. Consulte el capítulo 4, “Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)” para ver el copago que se aplica a los servicios que se presten en el consultorio del médico o que preste un proveedor de atención de urgencia.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: Usted o una persona legamente prudente, con conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren la atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad, del funcionamiento de una extremidad, o pérdida o disfunción grave del funcionamiento del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. Nuestro plan no cubre servicios que no sean de emergencia si los recibe fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. O el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el sitio web <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/> para obtener más información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de los proveedores fuera de la red con el costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante el desastre, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia que no pertenece a la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios?

Sección 4.1	Puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos
--------------------	--

Si ha pagado más que su parte de gastos compartidos por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total
--------------------	--

Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO cubre todos los servicios médicamente necesarios mencionados en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibió servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red y no estaban autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que usted paga una vez alcanzado el límite del beneficio no se cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?
--------------------	---

Un estudio de investigación clínica (llamado también un “ensayo clínico”) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente piden voluntarios para participar en el estudio.

Cuando Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más al respecto y ver si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos encargados del estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla los requisitos y además entienda y acepte plenamente lo que involucra su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted solo es responsable de pagar los costos compartidos

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad de costos compartidos de Medicare Original, nosotros le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, debe presentarnos la documentación para que podamos ver cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita decirnos ni obtener nuestra aprobación ni la de o su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le presten la atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos avisarnos con antelación cuando elije participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare o nuestro plan *no* haya aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?
--------------------	--

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los suministros y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluyendo:

- Alojamiento y comida por una estancia en el hospital que Medicare pagaría, aunque usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones por la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio de la manera como lo haría si recibiera esos servicios de nuestro plan. Sin embargo, está obligado a presentar la documentación que muestre cuánto pagó de costos compartidos. Vea el Capítulo 7 para obtener más información para presentar las solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta \$100. Supongamos también que su parte del costo para este examen es \$20 en Medicare Original, pero el examen sería solo \$10 según los beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el examen y usted el copago de \$20 necesario según Medicare Original.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Luego notificaría al plan que recibió el servicio de un ensayo clínico calificado y presentaría la documentación al plan, como por ejemplo la factura de un proveedor. Entonces el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es \$10, que es la misma cantidad que usted tendría que pagar según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago del plan, debe presentar la documentación al plan, como por ejemplo la factura de un proveedor.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará nada de lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que está probando el estudio, a menos que Medicare cubriría el artículo o servicio aun si usted *no* estuviera en el estudio.
- Productos o servicios que se dan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga para que se hagan tomografías computarizadas (CT) mensuales como parte del estudio si su condición médica normalmente solo necesita una tomografía computarizada.

¿Quiere obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web para leer o descargar la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una “institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud”

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?
--------------------	---

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que da atención para una condición que generalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar daremos cobertura para que reciba atención médica en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para obtener atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud debe firmar un documento legal que dice que conscientemente usted se opone a recibir tratamiento médico que “no es obligatorio”.

- Atención médica o tratamiento médico que “no es obligatorio” es cualquier tipo de atención médica o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no exige* la ley federal, estatal ni local.
- Tratamiento médico “obligatorio” es la atención médica o tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o que *lo exige* la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra la atención que recibe de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que presta la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si esa institución le presta servicios que se prestan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención en el hospital para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que lo admitan en el centro o no se cubrirá su estancia.

Se aplican los límites de cobertura del plan de estancias en el hospital como paciente hospitalizado a la atención que se reciba en una institución de atención médica religiosa no médica. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para poseer equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será suyo el equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos según nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como el equipo suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas eléctricos para colchones, muletas, suministros para diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en casa. El miembro siempre es

propietario de ciertos artículos, como las prótesis En esta sección tratamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de hacer copagos por el artículo por 13 meses. Sin embargo, como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO, usted normalmente no adquirirá la propiedad de los DME alquilados, sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, aun si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el DME según Medicare original antes de inscribirse en nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame al Servicio al cliente para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos de equipo médico duradero que haya hecho si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo. Los pagos hechos mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare Original no cuentan. Tendrá que hacer 13 pagos en nuestro plan antes de que pueda ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en el plan. Luego, regresó a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de inscribirse otra vez en Medicare Original para ser propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro del oxígeno y de los contenidos con oxígeno
- Sondas y accesorios relacionados para el oxígeno para el suministro del oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se va de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO o el equipo de oxígeno ya no es una necesidad médica, dicho equipo deberá devolverse.

¿Qué sucede si se retira del plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses alquilará el equipo. Los siguientes 24 meses el proveedor suministra el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable de hacer el copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma compañía o irse con otra. En ese punto, el ciclo de cinco años empieza de nuevo, aun si usted continúa con la misma compañía, y tendrá que pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si se inscribe o se sale de nuestro plan, empieza de nuevo el ciclo de cinco años.

CAPÍTULO 4:

*Cuadro de beneficios médicos
(lo que está cubierto y
lo que usted paga)*

SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos donde se describen sus servicios cubiertos y se muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por los servicios cubiertos

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, debe saber sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (En el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 hay más información sobre los copagos).
- **“Coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (En el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 hay más información sobre su coseguro).

La mayoría de personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no deberían nunca pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Debido a que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad total que tiene que pagar de gastos de bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se llama máximo de gastos de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023, esta cantidad es de \$3,400.00.

Las cantidades que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este máximo de gastos de bolsillo. (Las cantidades que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para su máximo de gastos de bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si alcanza el máximo de gastos de bolsillo de \$3,400.00, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen por saldos
--------------------	---

Como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO, una importante protección que tiene es que solo debe pagar su cantidad de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de saldo”. Esta protección se aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona así:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor dentro de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la cantidad reembolsada por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios necesarios de urgencia).
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios necesarios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame al Servicio al cliente.

SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar
------------------	--

Sección 2.1	Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan
--------------------	--

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes describe los servicios que cubre Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D está en el Capítulo 5.

Los servicios que están en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben darse según las directrices de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo la atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención médica de un proveedor dentro de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que su plan o un proveedor dentro de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor el costo total de los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (un PCP) que le está dando y controlando su atención.
- Algunos de los servicios en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación por anticipado (algunas veces llamada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados en letra **negrita** en el Cuadro de beneficios médicos.

Otra información importante sobre su cobertura:

- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2023*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo según Medicare Original, también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para alguna enfermedad existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por el tratamiento recibido para la enfermedad existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2023, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.



Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la tabla de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen médico de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un ultrasonido de evaluación una sola vez para las personas en riesgo. El plan cubre este examen médico si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay que pagar coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen médico preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none">• duración de 12 semanas o más;• no específico, en que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con alguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);• no está asociado con operaciones, y• no está asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones más para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o hay retroceso.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos, como está definido en la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley), pueden aplicar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes.</p>	<p>\$20.00 de copago por cada visita de terapia de acupuntura cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros de práctica avanzada (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como están identificados en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden aplicar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales correspondientes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none">• un título a nivel de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM), y• una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que aplica acupuntura debe tener el nivel de supervisión apropiado de un médico, PA o NP/CNS necesario por nuestras reglamentaciones según el Título 42 del CFR, secciones 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre hasta el centro apropiado más cercano que pueda dar atención si se trata de un miembro para cuya condición médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan.• El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	<p>\$250.00 de copago por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por viaje de ida o de vuelta.</p> <p>20% de coseguro por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare por viaje de ida o de vuelta.</p> <p>Se exige autorización previa para los servicios de ambulancia de Medicare que no sean emergencia.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: La primera visita de bienestar anual no se puede hacer en el período de 12 meses a partir de su visita preventiva “Bienvenido a edicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, son las personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de pérdida de hueso o determinación de la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen médico de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía inicial entre 35 y 39 años de edad• Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años• Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación están cubiertos para los miembros que cumplan ciertas condiciones con la orden de su médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son generalmente más rigurosos o más intensivos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0.00 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle del uso de aspirina (si es apropiado), revisar su presión y darle sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Chequeo de enfermedad cardiovascular</p> <p>Exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen médico de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si está en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o están en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación de la columna para corregir una subluxación 	<p>\$20.00 de copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p>
<p> Examen de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas mayores de 50 años, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o examen de enema de bario como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes servicios cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen médico de cáncer colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de colonoscopia (o evaluación de enema de bario como alternativa) cada 24 meses <p>Para personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de control cada 10 años (120 meses), pero no en los 48 meses después de una sigmoidoscopia preventiva • Además, cubrimos a los miembros de 45 a 49 años 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba médica de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos:</p> <p>Los siguientes servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal • Radiografías dentales. • Profilaxis (limpiezas) • Tratamientos con fluoruro <p>Los siguientes servicios integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico • Restaurativo • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otras cirugías bucales/maxilofaciales, otros servicios • Servicios que no sean de rutina <p>Para obtener más información sobre sus beneficios dentales, consulte a Liberty Dental. Puede comunicarse con ellos llamando al (866) 674-0114 o visitar su sitio web, https://client.libertydentalplan.com/MemorialHermannMedicare.</p>	<p>Beneficio máximo anual del plan: \$2,500.00.*</p> <p><u>Servicios de prevención</u> \$0.00 de coseguro para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal cada 6 meses • Radiografías dentales cada 6 meses • Limpieza cada 6 meses • Tratamiento con fluoruro cada 6 meses <p>20% de coseguro por los servicios preventivos fuera de la red</p> <p><u>Servicios integrales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20.00 de copago por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare • 0% de coseguro dentro de la red o 20% de coseguro fuera de la red por los servicios diagnósticos

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro dentro de la red o 50% de coseguro fuera de la red por servicios de restauración, endodoncia, extracciones y servicios no rutinarios • 50% de coseguro dentro y fuera de la red por prostodoncia, otras cirugías orales y maxilofaciales y otros servicios. <p>Hay limitaciones para los servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, otras cirugías bucales/ maxilofaciales y otros servicios.</p>
<p> Evaluación de depresión</p> <p>Cubrimos un examen médico de depresión al año. El examen médico se debe hacer en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento o remisiones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de evaluación de la depresión.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen médico de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión alta (hipertensión), historia de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historia de niveles elevados de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también se pueden cubrir si cumple otros requisitos como tener sobrepeso y tener historia familiar de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos exámenes médicos de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p> Servicios y suministros para capacitación del control de su propia diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (los que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluyendo los accesorios que se dan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que se dan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el control de su propia diabetes está cubierta en ciertas condiciones. • Los monitores continuos de glucosa (CGM) se limitan a nuestros fabricantes preferidos, DexCom G6 y Freestyle Libre. Es posible que únicamente cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para sus necesidades médicas. 	<p>0% de coseguro por marcas preferidas exclusivas de glucómetros y tiras reactivas. Las marcas preferidas son One Touch (LifeScan) y Accu-Chek (Roche).</p> <p>20% de coseguro por todos los otros suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por suministros para diabéticos que se compren en farmacias que no sean de la red (p. ej., proveedores de equipo médico duradero [DME]).</p> <p>0% de coseguro por el manejo personal de la diabetes cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Servicios y suministros para capacitación del control de su propia diabetes (continuación)</p>	<p>20% de coseguro por plantillas o zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por las marcas de CGM preferidas en una farmacia de la red (local). Todas las otras marcas están excluidas.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para la definición de “equipo médico duradero”, vea el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7, de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, camas de hospital que ordene un proveedor para usar en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante específico, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista de proveedores más reciente también está en nuestro sitio web, https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/.</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) se limitan a nuestros fabricantes preferidos, DexCom G6 y Freestyle Libre. Es posible que únicamente cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para sus necesidades médicas.</p>	<p>20% de coseguro por equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa para artículos de más de \$500.00.</p> <p>0% de coseguro por suministros de prueba para diabéticos cubiertos por Medicare (glucómetro, tiras reactivas) de los proveedores preferidos One Touch (LifeScan) y Accu-Chek (Roche). 20% de coseguro por suministros de prueba no preferidos para diabéticos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)	<p>20% de coseguro por marcas de CGM preferidas (Dexcom G6 y Freestyle Libre) en una farmacia de la red (local). Todas las otras marcas están excluidas.</p> <p>Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro cada mes. Los costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito por 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO, usted había hecho 36 meses de pagos de alquiler para la cobertura de equipo de oxígeno, sus costos compartidos de Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO será un coseguro del 20%.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Atención de emergencia	
<p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none">• presta un proveedor calificado para prestar servicios de emergencias, y• son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.	<p>\$125.00 de copago por cada visita en la sala de emergencias cubierta por Medicare. El copago no se cobra si lo hospitalizan.</p>
<p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y, si está embarazada, pérdida del bebé no nacido), pierda una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.</p>	<p>\$125.00 USD de copago por cada visita a la sala de emergencias en todo el mundo. El copago no se cobra si lo hospitalizan.*</p>
<p>El costo compartido por servicios de emergencias necesarios prestados fuera de la red es el mismo para esos servicios prestados dentro de la red.</p>	<p>20% de coseguro por servicios de transporte de emergencia en todo el mundo.*</p>
<p>La cobertura es mundial y no se limita a los Estados Unidos o a sus territorios.</p>	<p>Beneficio máximo de \$50,000 USD por servicios de emergencias a nivel mundial, por año de beneficios.*</p>
<p>Nota: Los cargos que superen el beneficio máximo mundial de \$50,000 USD no se contarán para su máximo anual de gastos de bolsillo. Los proveedores pueden facturarle el saldo si el costo total de la atención en otras partes del mundo supera \$50,000 USD durante el año del plan.*</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes ingresados después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, deberá regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta, <i>O</i> deberá recibir atención para pacientes ingresados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
 Programas de educación para la salud y el bienestar	
<p>Incluye los programas de abajo:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Examen físico anual integral 	\$0.00 de copago para examen físico anual integral.
<ul style="list-style-type: none"> ● Línea de enfermería 24/7 Nuestro plan ofrece pruebas y selección con enfermeros las 24 horas, los 7 días de la semana. 	\$0.00 de copago por servicios de la línea de enfermería, disponible 24/7, por medio del número gratuito exclusivo de enfermería.
<ul style="list-style-type: none"> ● Consultas virtuales Disponibles 24/7 por medio de Teladoc. Puede registrarse o iniciar sesión en Teladoc en https://www.teladoc.com/. 	\$0.00 de copago por consultas telefónicas con el médico, disponibles 24/7 en todo el país por medio de Teladoc.
<ul style="list-style-type: none"> ● Membresía en centros de fitness Formas nuevas y divertidas de ponerse en forma y mantenerse sano, el programa Silver & Fit consta de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ser miembro del club de fitness Silver & Fit o de un gimnasio que participe en el programa básico de Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO no tiene costo para usted. Puede optar por comprar servicios adicionales ampliados. Comuníquese con su gimnasio. ○ El programa de fitness en casa de Silver & Fit, si puede ir a un centro de fitness o prefiere hacer ejercicio en casa. ○ Clases de envejecimiento saludable (en línea o por DVD) ○ El boletín informativo Silver Slate® 4 veces al año ○ El sitio web Silver & Fit ○ Una línea directa gratuita para responder preguntas sobre el programa 	\$0.00 de copago por consultas virtuales por medio de Memorial Hermann – horario limitado. Disponible en todo Texas.
<p>Se debe usar un club de fitness contratado disponible en toda el área de servicio. Las ofertas de clases específicas varían según el lugar.</p>	\$0.00 de copago por el programa del kit de ejercicios en casa por medio del Programa de Fitness.
<ul style="list-style-type: none"> ● Artículos de venta libre (OTC) Nuestro plan reembolsa ciertos artículos de venta libre. Llame al Servicio al cliente al (855) 645-8448 para obtener más información. 	\$40.00 de reembolso máximo del plan cada 3 meses por artículos de venta libre.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>• Servicios de transporte Comuníquese con Modivcare al (855) 330-9183 o visite https://www.mymodivcare.com para pedir su viaje al menos 3 días laborables antes de su cita.</p> <p>• Comidas Llame al Servicio al cliente al (855) 645-8448 para obtener más información.</p> 	<p>El plan proporciona hasta 10 traslados de ida o de vuelta a un lugar relacionado con la salud al año (incluye taxi, servicios de viajes compartidos, autobús, metro, van y transporte médico).</p> <p>El plan proporciona hasta 10 comidas después de cada hospitalización como paciente ingresado durante el año de beneficios.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio hechas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las hace un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0.00 de copago por exámenes de audición y de equilibrio básicos hechos por un médico de atención primaria.</p> <p>\$0.00 de copago por examen hecho por un audiólogo para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p> <p>\$20.00 de copago por examen de audición anual cubierto por Medicare.</p> <p>\$400.00 de beneficio anual para la compra de audífonos.*</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que piden una prueba de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta un máximo de tres pruebas de detección durante el embarazo	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de atención médica en casa</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica en casa, un médico debe certificar que necesita los servicios de atención en casa y ordenar los servicios prestados por una agencia de atención médica en casa. Debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir de casa implica un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa, de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos según el beneficio de atención médica en casa, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa combinados deben sumar un total de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana)• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios médicos y sociales• Equipo y suministros médicos	<p>\$0.00 de copago por cada visita médica a domicilio cubierta por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Terapia de infusión en casa</p> <p>La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluyendo de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención• Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera según el beneficio de equipo médico duradero• Monitoreo a distancia• Los servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa prestados un proveedor calificado de terapia de infusión en casa• Los servicios de infusión a domicilio también pueden incluir quimioterapia, antiinfecciosos y otros medicamentos de especialidad para tratar diversas condiciones.	<p>20% de coseguro por terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare de más de \$1,000.00.</p>
<p>Cuidados de hospicio</p> <p>Usted es elegible para obtener el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal certificando que usted tiene una enfermedad terminal y seis meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Debe recibir atención de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar los programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluyendo los que son propiedad, controla o tiene un interés financiero la organización MA. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor• Atención de relevo de corto plazo• Atención en casa	<p>Si se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los pagará Medicare original, no Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidados de hospicio (continuación)</p> <p>Usted es elegible para obtener el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal certificando que usted tiene una enfermedad terminal y seis meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Debe recibir atención de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar los programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluyendo los que son propiedad, controla o tiene un interés financiero la organización MA. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor• Atención de relevo de corto plazo• Atención en casa <p>Cuando usted ingresa a un hospicio, tiene el derecho de continuar en su plan; si elige continuar en el plan, debe seguir pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios de hospicio cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará a sus proveedores de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de un hospicio, su proveedor de hospicio enviará las facturas de los servicios por los que paga Medicare Original a Medicare Original. Se le cobrarán los costos compartidos de Medicare Original.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si necesita los servicios necesarios que no sean de urgencia ni de emergencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de nuestra red del plan y sigue las reglas del plan (como si hay un requisito de obtener autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido según Medicare “Pago por servicio” (Medicare Original)	

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidados de hospicio (continuación)</p> <p><u>Para servicios que tienen cobertura de Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO, pero que no tienen cobertura de la Parte A o B de Medicare: Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO seguirá cubriendo servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga su cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios.</u></p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal en el hospicio, usted pagará los costos compartidos. Si están relacionados con su condición terminal en el hospicio, entonces usted pagará los costos compartidos de Medicare Original.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?</i>)</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía• Vacunas contra la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario.• Vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de adquirir hepatitis B• Vacuna del COVID-19• Otras vacunas si está en riesgo y cumple las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas de la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en el hospital para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios para condiciones de casos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted ingresa formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes del alta es su último día de paciente hospitalizado.</p> <p>Días ilimitados por período de beneficios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)• Alimentación, incluyendo dietas especiales• Servicios normales de enfermería• Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios)• Medicinas y medicamentos• Pruebas de laboratorio• Rayos X y otros servicios de radiología• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios• Uso de aparatos como sillas de ruedas• Costos de las salas de operaciones y de recuperación• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios de abuso de sustancias de paciente hospitalizado• En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante.• Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de glóbulos rojos empacados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Su plan pagará los costos de las 3 pintas de sangre iniciales que reciba en un año calendario. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se use.• Servicios prestados por un médico	<p>\$350.00 de copago por cada estancia en el hospital como paciente hospitalizado cubierto por Medicare</p> <p>Se exige autorización previa.</p> <p>Si recibe atención autorizada de paciente hospitalizado en un hospital que fuera de la red después de que se estabiliza su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Nota: Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo en el hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Si recibe servicios de hospital como paciente ingresado en otra parte del mundo debido a una emergencia, los cargos que superen el beneficio máximo mundial de \$50,000 USD no se contarán para su máximo anual de gastos de bolsillo. Los proveedores pueden facturarle el saldo si el costo total de atención en otros lugares del mundo supera los \$50,000 USD durante el año del plan.*</p>	
<p>Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estancia en un hospital.</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para atención médica mental para pacientes ingresados.</p> <p>Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.</p>	<p>\$350.00 de copago por cada estancia de servicios de salud mental para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado</p> <p>Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios prestados por un médico• Pruebas de diagnóstico (como exámenes de laboratorio)• Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluyendo todo el material y servicios del técnico.• Vendajes quirúrgicos• Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones• Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluyendo el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos• Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente• Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional	<p>Usted paga el 100% de los cargos del centro para estancias en el hospital como paciente hospitalizado y estancias en centros de enfermería especializada (SNF) no cubiertas.</p> <p>Se aplicarán los copagos o coseguros correspondientes por servicios para pacientes ambulatorios a los suministros y servicios cubiertos por Medicare que reciba durante una estancia en el hospital como paciente hospitalizado no cubierta o una estancia en un SNF no cubierta.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordena su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de orientación individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición según Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, su tratamiento o su diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si necesita tratamiento el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP se cubrirán para beneficiarios elegibles de Medicare según todos los planes médicos de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que ofrece capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los retos de mantener la pérdida de peso y el estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que el paciente generalmente no se autoadministra y que se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital o de centro de cirugía ambulatoria• Medicamentos que se administran usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan• Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia <p>Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante del órgano</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante del órgano• Medicamentos inyectables para osteoporosis si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento• Antígenos• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea• Ciertos medicamentos para diálisis en casa, incluyendo la heparina, el antídoto para heparina cuando sea medicamento necesario, los anestésicos tópicos y agentes estimulantes de eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa)• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria	<p>20% de coseguro por medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare, incluyendo inyecciones para la alergia.</p> <p>20% de coseguro por quimioterapia y medicamentos de radiación cubiertos de la Parte B.</p> <p>Se exige autorización previa para medicamentos de la Parte B de más de \$1,000.00.</p> <p>20% de coseguro por las marcas de CGM preferidas en una farmacia de la red (local).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) se limitan a nuestros fabricantes preferidos, DexCom G6 y Freestyle Libre. Es posible que únicamente cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para sus necesidades médicas.</p>	
<p> Pruebas y terapia de obesidad para promover la pérdida de peso prolongada</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para evaluación de obesidad y la terapia preventiva.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento por opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)• Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde)• Orientación por consumo de sustancias• Terapia individual y de grupo• Pruebas de toxicología• Actividades de consumo• Evaluaciones periódicas <p>Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.</p>	<p>\$20.00 de copago por cada visita del programa de tratamiento con opioides cubierto por Medicare.</p> <p>\$350 de copago por cada estancia en el hospital como paciente hospitalizado cubierta por Medicare:</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p>	
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopos) incluyendo el material y los suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de glóbulos rojos empacados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Su plan pagará los costos de las 3 pintas de sangre iniciales que reciba en un año calendario o hará que usted u otra persona donen la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se use • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias, incluyendo CT, MRI y PET. 	<p>\$0.00 de copago por cada radiografía cubierta por Medicare.</p>
	<p>\$25.00 de copago por cada visita de radiología terapéutica cubierta por Medicare.</p>
	<p>\$150.00 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare (p. ej., CT, MRI y PET).</p>
	<p>20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>
	<p>\$0.00 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>
	<p>\$0.00 de copago por servicios de hematología cubiertos por Medicare.</p>
	<p>Se exige autorización previa para los servicios diagnósticos de alto nivel (CT, MRI, PET, etc.).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</p> <p>Los servicios de observación son servicios en el hospital para pacientes externos proporcionados para determinar si es necesario ingresarlo como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta. Para que cubramos los servicios de observación en el hospital para pacientes ambulatorios deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por leyes estatales o estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o para ordenar exámenes para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$125.00 de copago por cada visita de observación en el hospital de pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p>Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios• Exámenes de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital	<p>\$125.00 de copago por cada cirugía ambulatoria en un hospital cubierta por Medicare.</p> <p>\$125.00 de copago por cada visita de observación en el hospital de pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$0.00 de copago por cada radiografía cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada visita de radiología terapéutica cubierta por Medicare.</p> <p>\$150.00 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare (p. ej., CT, MRI y PET).</p> <p>20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$55.00 de copago al día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios de hospital ambulatorios. Llame al Servicio al cliente para obtener una lista completa de servicios para los que se requiere autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especializado, enfermero de práctica avanzada, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.</p> <p>Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.</p>	<p>\$0.00 de copago por cada visita de terapia individual que no sea a un médico cubierta por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por cada visita de terapia grupal que no sea a un médico cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se dan en diversos entornos de paciente ambulatorio, como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Clínicas de rehabilitación exhaustiva de paciente ambulatorio (CORF).</p>	<p>\$35.00 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>\$35.00 de copago por cada visita de terapia física o del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios no residenciales prestados para tratar la adicción a las drogas o al alcohol sin uso de farmacoterapias. Los servicios pueden incluir servicios intensivos ambulatorios (atención todo el día durante varios días) y orientación tradicional (una o algunas horas al día, en general una vez a la semana o una vez cada dos semanas).</p> <p>Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.</p>	<p>\$25.00 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p>Cirugía de paciente ambulatorio, incluyendo los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente hospitalizado, será considerado como paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como “paciente ambulatorio”.</p>	<p>\$125.00 de copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>\$125.00 de copago por cada visita de cirugía en el hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio en el hospital para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.</p>	<p>\$55.00 de copago al día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica que sean médicamente necesarios dados en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio hechos por su PCP, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que reciben diálisis en casa en un centro de diálisis renal en un hospital o centro de diálisis renal en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en la casa del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente de dónde esté • Los servicios de telesalud para los miembros con un trastorno de consumo de sustancias o trastornos de salud mental simultáneos, independientemente de dónde esté • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene una visita en persona en el plazo de 6 meses antes de su primera visita de telesalud ○ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras esté recibiendo esos servicios de telesalud ○ Puede haber excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas médicas rurales y centros médicos calificados a nivel federal 	<p>\$0.00 de copago por cada visita en el consultorio del médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por cada consulta de telesalud con un médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada consulta de telesalud con un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada consulta de telesalud necesaria de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por cada sesión individual o grupal de telesalud de salud mental cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico por 5 a 10 minutos, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La consulta breve no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días y ○ La consulta breve no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas ni en la fecha más próxima disponible para cita • Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico en el plazo de 24 horas, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La evaluación no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la operación • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la operación de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico) • Consultas virtuales disponibles por medio de Memorial Hermann – horario limitado. Disponible en todo Texas. • Acceso a consultas telefónicas con el médico, disponibles 24/7 en todo el país por medio de Teladoc. 	<p>\$25.00 de copago por cada sesión individual o grupal de telesalud con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada sesión de telesalud por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por consultas virtuales por medio de Memorial Hermann – Disponible en todo Texas, horario limitado.</p> <p>\$0.00 de copago por cada consulta virtual con un médico por medio de Teladoc. El acceso está disponible 24/7 en todo el país.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Atención de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	<p>\$25.00 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p> Pruebas de diagnóstico del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (APE) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos prostáticos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de estas prótesis. También incluye algo de cobertura después de la extracción u operación de cataratas; consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>20% de coseguro por suministros relacionados con dispositivos protésicos u ortopédicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa para artículos de más de \$500.00.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico de atención directa de su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>\$0.00 de copago por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que usan el alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol.</p> <p>Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) que da un médico de atención primaria o profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare y orientación para reducir el beneficio preventivo abuso de alcohol.</p>
<p> Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>En el caso de las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas que tienen entre 50 y 77 años que no presentan señales ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen historia de consumo de tabaco por al menos 20 años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden por escrito de una LDCT durante una visita de orientación sobre la prueba médica de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla los criterios de Medicare respecto de dichas visitas y la dé un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas médicas de cáncer de pulmón con LDCT después de la evaluación con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito del examen de cáncer de pulmón con LDCT, que se le puede dar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional calificado que no sea un médico. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden dar una visita de orientación sobre el examen preventivo de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes preventivos de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de orientación y toma de decisiones compartidas ni para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Pruebas médicas para infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenir las STI</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de las enfermedades de transmisión sexual (STI) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la Hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de STI cuando las pruebas las ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones de 20 a 30 minutos de orientación conductual de alta intensidad, en persona, cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si las da un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba médica cubierta por Medicare para las STI y orientación para el beneficio preventivo de STI.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios para tratar la enfermedad renal	
Los servicios cubiertos incluyen:	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica etapa IV cuando los remite su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o esté inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en casa) • Equipo y suministros para diálisis en casa • Ciertos servicios de apoyo en casa (como visitas de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en casa, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua cuando sea necesario) 	<p>20% de coseguro por tratamiento de diálisis renal ambulatoria cubierto por Medicare. Incluye tratamiento de diálisis en casa y en el centro.</p> <p>\$0.00 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p>
Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección, “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de “atención en centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)• Comida, incluyendo dietas especiales• Servicios de enfermería especializada• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación).• Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de glóbulos rojos empacados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Su plan pagará los costos de las 3 pintas de sangre iniciales que reciba en un año calendario o hará que usted u otra persona donen la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se use.• Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente dan los SNF• Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF• Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente dan los SNF• Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente dan los SNF• Servicios de un médico/proveedor de atención médica <p>Generalmente, recibirá la atención de SNF de clínicas de red. Sin embargo, en ciertas condiciones mencionadas abajo, es posible que usted pague el costo compartido dentro de la red por la atención de un centro que no sea proveedor de la red si este acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un centro de atención residencial o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención de centro de enfermería especializada).• Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital.	<p>Por cada estancia en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Días 1 – 20: \$0.00 de copago por día.• Días 21 – 100: \$125.00 de copago por día. <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Eliminación del uso del tabaco (orientación para dejar de fumar y usar tabaco)</p> <p><u>Si utiliza tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con orientación en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y lo diagnosticaron con una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que el tabaco podría afectar:</u> Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos orientación para dos intentos para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.</p> <p>Están cubiertas hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación.• Hacerse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico.• Hacerlo personal auxiliar calificado, necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños, y capacitado en terapia de ejercicios para PAD.• Estar supervisado directamente por un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>SET puede estar cubierto después de las 36 sesiones en 12 semanas por 36 sesiones más en un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>\$0.00 de copago por cada terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios necesarios de urgencia	
<p>Los servicios necesarios de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es de emergencia que necesita atención médica inmediata, pero que dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable que obtenga los servicios de proveedores dentro de la red. Ejemplos de los servicios necesarios de urgencia que debe cubrir el plan fuera de la red son i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben necesitarse de inmediato y deben ser medicamente necesarios. Si esto no es razonable dadas sus circunstancias para obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor dentro de la red, entonces el plan cubrirá los servicios necesarios de urgencia por un proveedor fuera de la red.</p>	<p>\$25.00 de copago por cada visita en una clínica de atención de urgencia o sin cita previa cubierta por Medicare.</p>
	<p>\$25.00 USD de copago por servicios de atención de urgencia en todo el mundo.*</p>
<p>La cobertura es mundial y no se limita a los Estados Unidos o a sus territorios.</p>	<p>\$25.00 de copago por cada consulta de telesalud por servicios necesarios de urgencia cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios prestados por un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por cada año. Las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma incluyen: las personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años e hispanos mayores de 65 años. • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación). 	<p>\$20.00 de copago por exámenes de la vista cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por examen médico de glaucoma cubierto por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago para exámenes de la vista de rutina.</p> <p>\$200.00 de beneficio máximo anual para anteojos cubiertos por Medicare (p. ej., lentes de anteojos, monturas, lentes de contacto)*.</p>
<p> Visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare.” La visita incluye una revisión de su salud, educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertas pruebas médicas y vacunas) y remisiones para otra atención si se necesita.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” solamente en los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, avise en el consultorio de su médico que quiere hacer una cita para su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare.”</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”</p>

SECCIÓN 3 ¿Cuáles servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos (exclusiones)

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

En el cuadro abajo se indican los servicios y productos que no están cubiertos por ninguna condición o están cubiertos solo por condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos excepto en las condiciones específicas de la lista de abajo. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apeló el servicio y se decidió: después de la apelación que era un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3, en este documento).

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor crónico de espalda baja en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo. • Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción del seno después de la mastectomía y también del seno no afectado para producir una apariencia simétrica.

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Cuidado de compañía. (Atención que ayuda con las actividades diarias que no necesita competencias profesionales ni capacitación, por ejemplo, bañarse y vestirse).</p> <p>El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudar con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.</p>	✓	
<p>Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos.</p> <p>Los elementos y procedimientos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.</p>		<p>Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.</p>	✓	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su casa.</p>	✓	
<p>Comidas entregadas en casa</p>		✓
<p>Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica en casa, incluyendo limpieza básica de casa y la preparación de comida ligera.</p>	✓	
<p>Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternos).</p>	✓	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención dental que no es de rutina		La atención dental que no es de rutina que se necesita para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente hospitalizado o ambulatorio.
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies		Los zapatos que son parte de una prótesis de pierna y que se incluyen en el costo de la prótesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización y suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		✓
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, y otras ayudas para la vista deficiente.		Están cubiertos el examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de la operación de cataratas.
Atención de rutina de los pies		Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con las directrices de Medicare, (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes auditivos rutinarios, aparatos auditivos o exámenes para adaptar las prótesis auditivas.		✓

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
Los servicios considerados no son razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	✓	
Aparatos de apoyo para los pies		Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.

CAPÍTULO 5:

*Cómo usar la cobertura del
plan para sus medicamentos
con receta de la Parte D*

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. Vea en el Capítulo 4 los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Sección 1.1 Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas normas básicas:

- Un proveedor (médico, dentista u otro proveedor que receta) debe darle una receta por escrito que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- El proveedor que receta no debe estar en las listas de exclusiones de Medicare.
- Generalmente debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la llamamos la “Lista de medicamentos”) del plan. (Vea la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldada por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

SECCIÓN 2 Presente sus recetas en una farmacia de la red o mediante el servicio de medicamentos por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si se surten en farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en las farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para dar sus medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo buscar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory>), o llamar al Servicio al cliente.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos en una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de farmacias* le dirá qué farmacias de red ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para saber cómo sus gastos de bolsillo podrían ser diferentes para medicamentos diferentes.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que esté en la red. O si la farmacia que ha estado usando sigue dentro de la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, puede ser conveniente cambiar a una red o farmacia preferida diferente, si hay disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Servicio al cliente o puede usar el *Directorio de farmacias*. También puede buscar información en nuestro sitio web en <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory>.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en casa.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (conocido también como LTC). Generalmente, un centro LTC (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC), comuníquese con el departamento de Atención al cliente.
- Las farmacias que sirven el Programa de Salud para los Indígenas/de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertas ubicaciones o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (**Nota:** Este escenario sucede con poca frecuencia).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame al Servicio al cliente.

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de envío por correo del plan

El servicio de envío por correo del plan le permite solicitar un suministro **para 90 días como máximo**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al Servicio al cliente. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no está en la red del plan, su receta no tendrá cobertura.

En general, los pedidos a las farmacias de pedidos por correo se reciben en no más de 14 días. Si hay una demora y necesita el medicamento con receta de inmediato, puede llamar al Servicio al cliente y pedir un suministro de una farmacia local.

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunicarán con usted para saber si quiere el medicamento de manera inmediata o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para que sepan si enviar, demorar o detener la nueva receta.

Resurtidos en recetas enviadas por correo. Para resurtir sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido de forma automática cuando nuestros registros demuestren que su suministro de medicamento está por acabarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada nuevo surtido de receta para asegurarse de que necesita más medicamento. Usted podrá cancelar los nuevos surtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento cambió.

Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero igual quiere que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que se termine su medicamento actual. Esto permitirá asegurarse de que se envíe su pedido a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros por teléfono al 1-800-607-6861 o por medio del sitio web: <https://www.costco.com/pharmacy/prescription-auto-refill-program.html>.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de largo plazo de medicamentos?**

Cuando obtiene un suministro de largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser más bajo. El plan cuenta con dos maneras de obtener un suministro de largo plazo de medicamentos (también llamado “suministro prolongado”) de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias locales de nuestra red le permiten recibir un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento por un costo compartido más bajo. Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red le pueden dar un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener más información.
2. Usted también puede recibir medicamentos de mantenimiento mediante nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información. Los medicamentos de nivel 5 no son elegibles para un suministro de días extendidos (suministro para más de un mes).

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?**Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones**

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Consulte primero con el Servicio al cliente para saber si hay una farmacia de la red cerca. Usted podría llegar a pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriremos en la farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que podríamos cubrir las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red:

- Situaciones que no sean de rutina en que no haya disponible una farmacia de la red.
- Si viaja dentro de Estados Unidos y sus territorios y enferma, se queda sin medicamentos con receta o los pierde, y no hay una farmacia de la red disponible.
- Recetas que se extiendan como parte de una visita de emergencia médica o de atención de urgencia.
- Los surtidos fuera de la red se evaluarán según cada caso particular.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Nota: Hay un límite de suministro de 30 días para los medicamentos con receta que se surten fuera de la red

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo compartido) en el momento de surtir su receta. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (En el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo pedirle al plan el reembolso).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan

Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--------------------	--

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.” En esta *Evidencia de cobertura*, la llamamos la “**Lista de medicamentos**” para abreviarla.

Los medicamentos en esta lista los selecciona el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y la aprobó Medicare.

Los medicamentos en la Lista de medicamentos son solo los cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está *ya sea*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o condición para la que se recetó.
- -- o -- respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX.

“La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, genéricos y biosimilares”.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con nombre comercial registrado propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos normales (por ejemplo, medicamentos que están basados en una proteína) que se conocen como productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar que es un medicamento o un producto biológico.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos normales, en vez de tener una forma genérica, tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico y habitualmente cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos

¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento determinado en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que obtenga un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay seis (6) “niveles de costo compartido” para los medicamentos en la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. En general, entre más alto es el nivel del costo compartido, más alto será su costo del medicamento.

- **Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)**

El nivel 1 es su nivel de costos más bajo para los medicamentos genéricos e incluye medicamentos genéricos preferidos. Los medicamentos genéricos contienen los mismos principios activos que los de marca, y son igual de seguros y eficaces.

- **Nivel 2 (Medicamentos genéricos)**

Este es un nivel de mayor costo para los medicamentos genéricos e incluye medicamentos genéricos y medicamentos genéricos de marca. Algunos medicamentos de nivel 2 tienen alternativas de nivel 1 de menor costo. Pregúntele a su médico si puede usar un medicamento de nivel 1 para bajar sus gastos de bolsillo.

- **Nivel 3 (De marca preferidos)**

Este es su nivel de costo medio, e incluye medicamentos de marca preferidos. Algunos medicamentos de nivel 3 tienen alternativas de nivel 1 o 2 de menor costo. Pregúntele a su médico si puede usar un medicamento de nivel 1 o 2 para bajar sus gastos de bolsillo. Este nivel también incluye los medicamentos conocidos como insulinas selectas (SI). Las insulinas selectas son solamente los productos seleccionados como parte del programa modelo de ahorros para adultos mayores de los CMS, con un copago reducido para los miembros.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- **Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)**

Este es un nivel de costo mayor, e incluye medicamentos no preferidos. Algunos medicamentos de nivel 4 tienen alternativas de nivel 1, 2 o 3 de menor costo. Pregúntele a su médico si puede usar un medicamento de nivel 1, 2 o 3 para bajar sus gastos de bolsillo.

- **Nivel 5 (Medicamentos de nivel especializado)**

El nivel de Especialidad es su nivel de costo máximo. Un medicamento especializado es un medicamento con receta único o de costo muy alto, para el que se puede requerir un manejo especial o monitoreo estricto. Los medicamentos de nivel especializado pueden ser de marca o genéricos.

- **Nivel 6 (Medicamentos de atención selecta)**

Este es el nivel de costo bajo o sin costo, y se limita a medicamentos genéricos selectos que se recetan habitualmente para tratar condiciones médicas crónicas, como la presión alta, el colesterol y la diabetes.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?
--------------------	---

Tiene cuatro (4) maneras de saberlo:

1. Consulte nuestra lista de medicamentos más reciente que enviamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-drug-list>). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
3. Llame al Servicio al cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o pida una copia de la lista.
4. Inicie sesión en el Portal para miembros de Navitus (<https://memberportal.navitus.com/>) y vea en línea la Lista de medicamentos más reciente.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos****Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen el cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de costo más bajo funcionará tan bien como un medicamento de costo alto, las normas del plan están diseñadas para animarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de costo más bajo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que los mismos medicamentos puedan ser diferentes basándose en la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y las diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicarse a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones explican más sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con el Servicio al cliente para saber qué necesitarían usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si quiere que nosotros no apliquemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Vea el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor. **En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica en vez del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos dio la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo compartido será mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Cómo obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A esto se le conoce como “**autorización previa**”. Esto se establece para asegurarse de la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Pruebe primero un medicamento diferente

Este requisito lo anima a probar un medicamento menos costoso, pero generalmente tan efectivo, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan le solicite que primero pruebe el Medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero con un medicamento diferente se llama “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si se considera normalmente seguro tomar únicamente una píldora por día de cierto medicamento, limitaremos la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?

Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera como le gustaría que estuviera cubierto
--------------------	--

Hay situaciones donde hay un medicamento con receta que usted está tomando, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o que está, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que quiere no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree conveniente.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?
--------------------	--

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe dar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que haya estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O ahora está restringido de alguna manera.**

- **Si usted es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante sus primeros 90 días como miembro del plan.
- **Si usted estaba en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días de suministro. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un suministro máximo para 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de atención médica de largo plazo podría dar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).
- **Para los miembros que hayan estado en el plan por más de 90 días, residan en un centro de atención de largo plazo y necesiten un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es para menos días. Esto es además del suministro temporal que se indica arriba.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Cuando usted se transfiere de un entorno de tratamiento a otro, como cuando va del hospital como paciente ingresado a casa, esto se llama “cambio del nivel de atención”. En general, estos tipos de cambio no le dan suficiente tiempo para determinar si una nueva receta contiene un medicamento que no está en la Lista de medicamentos del plan. En estas situaciones inesperadas, cubriremos un suministro temporal de transición de 30 días o un suministro de transición de 31 días si vive en un centro de atención de largo plazo (a menos que su receta sea por menos días).

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio al cliente.

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionarle de la misma manera. Puede llamar al Servicio al cliente para pedir un lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que hay razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir la excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento incluso si no está en la Lista de medicamentos del plan. O, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma se quitará de la lista de medicamentos o se restringirá de alguna manera para el siguiente año, le avisaremos de cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y les responderemos en las siguientes 72 horas después de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo del proveedor que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?**

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que también podría funcionarle. Llame al Servicio al cliente para pedir un lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos de nuestro nivel cinco (5) de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad del costo compartido para medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia?**Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año**

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos con regularidad nuestra Lista de medicamentos en línea. Abajo están los tiempos en que recibiría un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectarán durante el año actual del plan

- **Un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Nosotros podemos quitar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y tendrá las mismas o menos restricciones. Podemos decidir que se conservará el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moviéndolo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto, agregando nuevas restricciones o ambas cuando se añada un genérico.
 - Puede ser que no le informemos con antelación antes de que hagamos el cambio, incluso si usted está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hagamos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos que hagamos. Esto también incluirá información de los pasos que puede tomar para pedir la excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
 - Usted o el proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información de cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - Algunas veces un medicamento se puede considerar inseguro o pueden retirarlo del mercado por otro motivo. Si esto sucede, puede ser que el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, lo informaremos de inmediato.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- El proveedor que receta también estará enterado de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otros medicamentos para su condición.
- **Otros cambios en la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que el año haya empezado que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas. También podemos hacer cambios basados en las advertencias en caja de la FDA o nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
 - En el caso de estos cambios, debemos avisarle con, al menos, 30 días de antelación o avisarle del cambio y darle un resurtido para 30 días del medicamento que esté tomando, en una farmacia de la red.
 - Después de que reciba el aviso del cambio, deberá trabajar con el proveedor que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o cumplir cualquier nueva restricción en el medicamento que está tomando.
 - Usted o el proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información de cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Puede ser que hagamos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no estén descritos arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará para usted si está tomando el medicamento cuando se haga el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si usted continúa en el mismo plan.

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Pusimos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurren para un medicamento que está tomando, (excepto por un retiro del mercado, un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como parte del costo compartido hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún incremento en sus pagos ni se agregará ninguna restricción al uso del medicamento.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

No le hablaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Usted debe revisar la Lista de medicamentos para el siguiente año del plan (cuando esté disponible la lista durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que esté tomando que lo afecte durante el siguiente año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos con receta están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos de su bolsillo. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no se excluirá según la Parte D, nosotros lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión consulte el Capítulo 9).

Estas son tres normas generales de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso para indicaciones no autorizadas. El “uso para indicaciones no autorizadas” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en una etiqueta de medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Por lo general, la cobertura para “uso fuera de lo indicado” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos usados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del pelo
- Productos de vitaminas y minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Medicamentos usados para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos usados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca que la compra de servicios de control o las pruebas asociadas se haga exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Además, si está **recibiendo “Ayuda adicional”** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos normalmente no cubiertos. No obstante, si usted recibe cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los teléfonos e información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Dé su información de la membresía

Para surtir su receta, dé la información de la membresía del plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan por *nuestra* parte de costo del medicamento. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva la información de membresía con usted?

Si no tiene la información de membresía del plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted podría tener que pagar el costo total del medicamento con receta cuando usted vaya a recibirlo.** (Puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan?

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estancia. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que el medicamento cumpla todas las normas de cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC)?

Generalmente, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del LTC o la que usan es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con el Servicio al cliente. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

Vea en la Sección 5.2 la información sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan de grupo de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Aviso especial sobre la ‘cobertura acreditable’:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es “válida”.

Si la cobertura del plan de grupo es “**acreditable**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Guarde este aviso sobre cobertura válida, ya que podría necesitarlos en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para mostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de la cobertura acreditable, pida una copia a su empleador, al administrador de beneficios del plan de jubilados o al sindicato.

Sección 9.4	¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?
--------------------	---

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes, contra el dolor o la ansiedad que no estén cubiertos por el hospicio porque no tienen relación con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del proveedor que receta o de su proveedor de hospicio indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en recibir estos medicamentos que deberían cubrir nuestro plan, pida al proveedor de hospicio o al proveedor que receta que avise antes de que se surta su receta.

Si usted revocara su elección de hospicio o si lo dieran de alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos como se explicó en este documento. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 **Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos**

Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura
---------------------	--

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a nuestros miembros a cerciorarse de que están obteniendo una atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como:

- Posibles errores de medicamentos

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Medicamentos que es posible que no sean necesarios ya que está tomando otro medicamento para tratar la misma condición
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2	Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros con el uso seguro de sus medicamentos opioides
---------------------	---

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama un Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que el uso que haga de opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que pueda obtener estos medicamentos. Si lo ponemos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en ciertas farmacias.
- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta explicará las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que se le haya dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el proveedor que receta tienen derecho a la apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo comunicarse presentar una apelación.

No se le pondrá en nuestro DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo atención de hospicio, paliativa o por enfermedad terminal, o si vive en un centro de atención de largo plazo.

Sección 10.3	Administración de terapia con medicamentos (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	---

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Uno de ellos se llama “Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM)”. Este programa es voluntario y gratuito. El programa lo desarrollaron un equipo de farmacéuticos y médicos para asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar los opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán con usted una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre cómo tomar sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre su receta y los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que tiene una lista de lo que se recomienda que haga que incluye las medidas que debe tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información de cómo desechar los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de medidas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su visita o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su documento de identificación) si va al hospital o a sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Servicio al cliente.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por
sus medicamentos con
receta de la Parte D*

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información en esta Evidencia de cobertura relacionada con los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un documento separado, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este apéndice, llame al Servicio al cliente y pida la “Cláusula adicional LIS”

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otro material que explique la cobertura para medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para mantener las cosas simples, usamos la palabra “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos por ley de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago, debe saber los medicamentos que están cubiertos, donde surtir sus recetas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estas normas se explican el Capítulo 5, Secciones 1 a 4.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por sus medicamentos cubiertos

Hay diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y hay tres maneras como pueden pedirle que la pague.

- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- “**Copago**” es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- “**Coseguro**” es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir cuando llevamos el control de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos sí se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que mencionamos abajo (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya cumplido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por sus medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **ciertas otras personas u organizaciones** los hicieron en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por organizaciones de beneficencia, por Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica certificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare también se incluyen.
- Se incluyen algunos de los pagos hechos por el Programa de descuentos durante el Período sin cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cambio a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que paguen en su nombre) haya gastado un total de \$7,400.00 de su bolsillo durante el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene de una farmacia que no pertenece a la red y que no cumple los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluyendo los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

- Pagos que efectúa el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en el Período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan planes médicos de grupo, incluyendo planes médicos del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan ciertos planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos que hacen terceros con una obligación legal para pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación para los trabajadores).

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas arriba paga parte o todos sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted deberá informar a nuestro plan llamando al Servicio al cliente.

¿Cómo puede llevar control de su total de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de EOB de la Parte D que recibió incluye la cantidad actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance \$7,400.00, en este reporte se indicará que ha salido de la Etapa de cobertura inicial y que ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudarnos a estar seguros de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en que está cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO?
--------------------	---

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos con receta de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO. Cuánto paga depende de la etapa en que está cuando surte o vuelve a surtir una receta. La información de cada etapa está en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de período sin cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura catastrófica

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago está

Sección 3.1	Le enviamos un resumen mensual llamado la <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”)
--------------------	--

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha hecho cuando obtiene sus surtidos o nuevos surtidos de medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos de los que llevamos control:

- Llevamos control de cuánto ha pagado. Esto se llama costo **“de bolsillo”**.
- Llevamos un registro de sus **“costos totales de medicamentos.”** Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si le han surtido una o más recetas mediante el plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe tiene la información del pago de las recetas que le han surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como la información “del año a la fecha”. La información muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y los aumentos de precio del primer surtido por cada reclamo de receta por la misma cantidad.
- **Recetas de alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información de otros medicamentos disponibles con menos costo compartido para cada reclamo de medicamento con receta.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos
--------------------	---

Para llevar control de sus costos de medicamentos y los pagos que hace por sus medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en que puede ser que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar control de sus gastos de bolsillo, puede darnos copias de esos recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
 - Cuando hace un copago por los medicamentos que se dan bajo un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.
 - Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA, el Programa de Salud para los Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llámenos a Servicio al cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO

No hay deducible para Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO. Usted empieza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo obtiene
--------------------	---

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (su copago o la cantidad del coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene seis (6) niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- **Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)**

El nivel 1 es su nivel de costos más bajo para los medicamentos genéricos e incluye medicamentos genéricos preferidos.

- **Nivel 2 (Medicamentos genéricos)**

Este es un nivel de mayor costo para los medicamentos genéricos e incluye medicamentos genéricos y medicamentos genéricos de marca. Algunos medicamentos de nivel 2 tienen alternativas de nivel 1 de menor costo.

- **Nivel 3 (De marca preferidos)**

Este es su nivel de costo medio, e incluye medicamentos de marca preferidos. Algunos medicamentos de nivel 3 tienen alternativas de nivel 1 o 2 de menor costo. Este nivel también incluye los medicamentos conocidos como insulinas selectas (SI). Las insulinas selectas son solamente los productos seleccionados como parte del programa modelo de ahorros para adultos mayores de los CMS, con un copago reducido para los miembros.

- **Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)**

Este es un nivel de costo mayor, e incluye medicamentos no preferidos. Algunos medicamentos de nivel 4 tienen alternativas de nivel 1, 2 o 3 de menor costo.

- **Nivel 5 (Medicamentos de nivel especializado)**

El nivel de Especialidad es su nivel de costo máximo. Un medicamento especializado es un medicamento con receta único o de costo muy alto, para el que se puede requerir un manejo especial o monitoreo estricto. Los medicamentos de nivel especializado pueden ser de marca o genéricos.

- **Nivel 6 (Medicamentos de atención selecta)**

Este es un nivel de copago bajo o sin copago, y se limita a medicamentos genéricos selectos que se recetan habitualmente para tratar condiciones médicas crónicas, como la presión alta, el colesterol y la diabetes.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Sus costos pueden ser menos en farmacias que ofrecen costo compartido preferido.
- Una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos
- Una farmacia fuera de la red del plan. Cubrimos los medicamentos con receta que se surten en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información de cuándo cubriremos una receta que surtió en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2	Un cuadro que muestra sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	--

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

Como se muestra en el cuadro siguiente, la cantidad de copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

Algunas veces el costo del medicamento es menos que su copago. En esos casos, usted puede pagar el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento de receta cubierto por la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar para farmacia (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido preferido para farmacia (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido para atención médica a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; vea el capítulo 5 para obtener más información). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$10 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$18 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	\$18 de copago	\$18 de copago
Nivel 3 de costo compartido (De marca preferidos)	\$47 de copago	\$39 de copago	\$39 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
Insulinas selectas (SI)	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	\$100 de copago	\$92 de copago	\$92 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de atención selecta)	\$8 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago

Los medicamentos de atención selecta (nivel 6) tienen un copago bajo o nulo y se limitan a determinados medicamentos genéricos que se suelen recetar para tratar condiciones médicas permanentes como presión alta, colesterol y diabetes. Las insulinas selectas (SI) son solamente los productos seleccionados como parte del programa modelo de ahorros para adultos mayores de los CMS, con un copago reducido para los miembros. Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la lista de medicamentos más reciente que hemos proporcionado de manera electrónica. En la lista de medicamentos, las insulinas selectas se identifican con SI. Si tiene preguntas sobre la lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio al cliente al (855) 645-8448.

Si recibe el subsidio por bajos ingresos (LIS) para los costos compartidos, a veces llamado Ayuda adicional, ya tiene un copago establecido y no es elegible para el ahorro en los copagos de las insulinas selectas (SI). Únicamente los miembros sin LIS son elegibles para los costos compartidos de las insulinas selectas (SI). Si tiene preguntas sobre el copago de las insulinas selectas (SI), también puede llamar al Servicio al cliente al (855) 645-8448.

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

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones cuando usted o su médico quiera menos del suministro para un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que lo recete, y a su farmacéutico que lo surta, menos de un suministro del mes completo de sus medicamentos si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido para diferentes recetas.

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

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo sería más bajo pues el costo total del medicamento sería más bajo.
- Si usted es responsable del copago del medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba en vez del mes completo. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y lo multiplica por el número de días que recibe de medicamento.

Sección 5.4	La tabla muestra sus costos para un suministro de largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento
--------------------	--

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado un “suministro prolongado”). Un suministro de largo plazo es para hasta 90 días.

La siguiente tabla muestra sus pagos cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

- Algunas veces el costo del medicamento es menos que su copago. En esos casos, usted puede pagar el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *largo plazo* de un medicamento con receta de la Parte D cubierto:

Nivel	Costo compartido estándar para farmacia (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido preferido para farmacia (en la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (hasta un suministro de 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$20 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$36 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Nivel 3 de costo compartido (De marca preferidos)	\$94 de copago	\$78 de copago	\$78 de copago
Insulinas selectas (SI)	\$70 de copago	\$70 de copago	\$70 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	\$200 de copago	\$184 de copago	\$184 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	No se ofrecen	No se ofrecen	No se ofrecen
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de atención selecta)	\$16 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Los medicamentos de atención selecta (nivel 6) tienen un copago bajo o nulo y se limitan a determinados medicamentos genéricos que se suelen recetar para tratar condiciones médicas permanentes como presión alta, colesterol y diabetes. Las insulinas selectas (SI) son solamente los productos seleccionados como parte del programa modelo de ahorros para adultos mayores de los CMS, con un copago reducido para los miembros. Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la lista de medicamentos más reciente que hemos proporcionado de manera electrónica. En la lista de medicamentos, las insulinas selectas se identifican con SI. Si tiene preguntas sobre la lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio al cliente al (855) 645-8448.

Si recibe el subsidio por bajos ingresos (LIS) para los costos compartidos, a veces llamado Ayuda adicional, ya tiene un copago establecido y no es elegible para el ahorro en los copagos de las insulinas selectas (SI). Únicamente los miembros sin LIS son elegibles para los costos compartidos de las insulinas selectas (SI). Si tiene preguntas sobre el copago de las insulinas selectas (SI), también puede llamar al Servicio al cliente al (855) 645-8448.

Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660.00
--------------------	--

Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos con receta que haya surtido alcance el límite de **\$4,660.00 para la Etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar el control de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier tercero en su nombre a lo largo del año. Muchas personas no llegan al límite por año de \$4,660.00.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Si cubre esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de período sin cobertura

Cuando usted está en la Etapa de período sin cobertura, el Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare tiene descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de suministro para los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan para sus gastos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y avanza para pasar el período sin cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. No pagará más del 25% del costo por los medicamentos genéricos; el plan pagará el resto. Solo cuenta la cantidad que usted paga para pasar el período sin cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos anuales gastos de bolsillo lleguen a la cantidad máxima establecida por Medicare. Una vez que alcance esta cantidad \$7,400.00, dejará la Etapa sin cobertura y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de bolsillo (Sección 1.3).

Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO ofrece una cobertura adicional para el período sin cobertura para insulinas selectas (SI). Durante la Etapa del período sin cobertura, sus gastos de bolsillo en insulinas selectas serán de \$35.00 por un suministro para un mes. Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la lista de medicamentos más reciente que hemos proporcionado de manera electrónica. En la lista de medicamentos, las insulinas selectas se identifican con SI. Si tiene preguntas sobre la lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio al cliente al (855) 634-8448.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos

Entrará en la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcancen el límite de \$7,400.00 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará casi todos los costos de sus medicamentos. Usted pagará:

- **Su parte** del costo de un medicamento con cobertura será ya sea el coseguro o un copago, lo que sea la cantidad *mayor*:
 - – *ya sea* – coseguro de 5% del costo del medicamento.
 - – *o* – \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas – Nuestro Plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Servicio al cliente para obtener más información.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consiste en dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el propio costo **de la vacuna**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **administración de la vacuna**. (A esto a veces se le llama “administración” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. El tipo de vacuna (para qué se la administran).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Vea el *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)* en el Capítulo 4).
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas mencionadas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

2. Donde obtiene la vacuna.

- La vacuna puede dispensarla una farmacia o en el consultorio del médico.

3. ¿Quién le administra la vacuna?

- Un farmacéutico puede poner la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede hacerlo en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y la etapa de medicamento en que esté.

- Algunas veces cuando reciba la vacuna, tendrá que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará únicamente su parte del costo según su beneficio de la Parte D.

Abajo hay tres ejemplos de maneras como podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará todo el costo de la vacuna y el costo del proveedor por administrarla.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos el copago normal por la vacuna (incluyendo la administración), menos la diferencia que exista entre la cantidad que le cobre el médico y lo que normalmente

pagamos. (Si obtiene “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se la administran.

- Tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago de la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, pagará el costo total por este servicio. Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Usted recibirá un reembolso por la cantidad que el médico cobre para administrar la vacuna menos la diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si obtiene “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
su parte de una factura que
recibió por servicios médicos
o medicamentos cubiertos*

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos

En ocasiones, cuando reciba atención médica o algún medicamento con receta, será necesario que pague el costo total. En otras ocasiones, puede descubrir que pagó más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (devolverle el pago con frecuencia se llama “reembolsarle”). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cuando haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para obtener el pago. La Sección 2 de este capítulo.

Puede haber ocasiones cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que ya recibió o posiblemente por más de su parte de costos compartidos como explicamos en el documento. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Nosotros revisaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlos, le avisaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tendrá el derecho al tratamiento.

Abajo hay ejemplos de situaciones en las que puede ser que usted necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que usted recibió:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Puede recibir los servicios de emergencia o necesarios de urgencia de cualquier proveedor, sin importar o no si el proveedor forma parte de nuestra red. En estos casos,

- Usted es responsable solamente del pago de su parte del costo por servicios de emergencia o necesarios de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados legalmente a dar atención de emergencia. Si usted paga accidentalmente la cantidad completa en el momento en el que recibe la atención, debe pedirnos que le devolvamos el pago de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- Puede recibir una factura del proveedor para pedirle un pago que usted cree que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos cuánto debía y le devolveremos el pago por nuestra parte del costo.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

2. Cuando un proveedor de la red le envíe una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y solamente solicitarle a usted su parte del costo. Pero algunas veces cometen errores y le piden que pague más que su parte.

- Solo tiene que pagar la cantidad de costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de saldo”. Esta protección (de que usted nunca paga más de la cantidad de costo compartido) se aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y debe solicitarnos que le devolvamos el pago por la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos nuestra parte de los costos. Usted tendrá que presentarnos la documentación como recibos y facturas para que nos encargemos del reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando eso suceda, usted tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para hablar de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de una receta debido a que no tiene su tarjeta de membresía al plan

Si no tiene su tarjeta de membresía al plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque la información de su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Puede pagar el costo total de la receta porque se da cuenta de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en *La Lista de Medicamentos cubiertos (formulario)* del plan, o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se aplicara a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que, si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento hay información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió

Usted puede pedirnos que le paguemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamo en un plazo de un (1) año** desde la fecha en que haya recibido el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para hacer la solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente. Dé la siguiente información que necesitamos para tomar una decisión: Nombre del miembro, ID, dirección, fechas de servicio, nombre del proveedor de servicios, descripción de los servicios, cantidad que se cobró, cantidad que se pagó, copia de la factura y recibo de pago (recibo del médico, recibo de la tarjeta de crédito o cheque cobrado).
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/advantage-hmo-plans/plan-documents-materials>) y haga clic en el enlace “Member Reimbursement Medical Claim Form” [Formulario de reclamo médico para reembolso a los miembros]) o llame al Servicio al cliente y pida el formulario.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Memorial Hermann Health Plan
Medical Claims Department – Member Reimbursement
929 Gessner Road, Suite 1500
Houston, TX 77024

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos más información de su parte. De lo contrario, consideraremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error denegando su solicitud de pago o la cantidad que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener información de cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos darle información de una manera que sea conveniente para usted y concuerde con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Es necesario que su plan garantice que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluyendo a aquellas personas que tengan poco dominio del inglés, competencias limitadas de lectura, discapacidad auditiva o antecedentes culturales y étnicos diversos. Entre los ejemplos de la manera en que un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad se incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipo o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratis para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible gratis en español. También podemos darle información en braille, en letra grande de molde o en otros formatos alternos, sin costo, si los necesita. También podemos darle información en braille, en letra grande de molde o en otros formatos alternos, sin costo, si los necesita. Debemos darle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro plan está obligado a darles a las miembros la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no se tienen proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad, el plan tiene la responsabilidad de buscar proveedores especializados fuera de la red que le presten la atención necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. Si llega a estar en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información de a dónde ir para obtener este servicio pagando el gasto compartido dentro de la red.

Si se le dificulta obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado, tiene problemas para que la atienda un especialista en salud femenina o para encontrar a un especialista dentro de la red, llame al (855) 634-8448 para presentar una queja formal a Apelaciones y quejas formales de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o a TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.1	Debemos dar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con los aspectos sensibles de su cultura (en idiomas distintos al inglés, en braille, en letra grande de molde o en otro formato alterno, etc.)
--------------------	---

Es necesario que su plan garantice que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluyendo a aquellas personas que tengan poco dominio del inglés, competencias limitadas de lectura, discapacidad auditiva o antecedentes culturales y étnicos diversos. Entre los ejemplos de la manera en que un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad se incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipo o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratis para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible gratis en español. También podemos darle información en braille, en letra grande de molde o en otro formato alterno, sin costo, si lo necesita. También podemos darle información en braille, en letra grande de molde o en otros formatos alternos, sin costo, si los necesita. Debemos darle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro plan debe dar a las afiliadas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios rutinarios y preventivos de atención médica para la mujer.

Si no se tienen proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad, el plan tiene la responsabilidad de buscar proveedores especializados fuera de la red que le presten la atención necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. Si llega a estar en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información de a dónde ir para obtener este servicio pagando el gasto compartido dentro de la red.

Si se le dificulta obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado, tiene problemas para que la atienda un especialista en salud femenina o para encontrar a un especialista dentro de la red, llame al (855) 634-8448 para presentar una queja formal a Apelaciones y quejas formales de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o a TTY 1-800-137-7697.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para prestarle y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No es necesario que obtenga las remisiones para ir a los proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 indica lo que usted puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su expediente médico y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigido por estas leyes.

- Su “información médica personal” incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, al igual que su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y controlar cómo se usa su información médica. Le entregamos un aviso por escrito llamado “Aviso de prácticas de privacidad” que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Excepto en las circunstancias indicadas abajo, si pretendemos dar su información médica a alguien que no le está dando atención ni pagando su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya dado el poder legal para tomar primero decisiones por usted*.
- Hay ciertas excepciones que no necesitan que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Estamos obligados a revelar la información médica a las agencias del gobierno que revisan la calidad de la atención.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos darle a Medicare su información médica incluyendo la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare revela su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; generalmente esto exige que no se comparta la información que lo identifica particularmente.

Puede consultar la información en su expediente y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda el plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por reproducir copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corriamos su expediente médico. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio al cliente.

Consulte la Política de Privacidad de Medicare Advantage que se entrega por separado y que está en nuestro sitio web <https://healthplan.memorialhermann.org/about-us/legal-notice>.

Sección 1.4	Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO, tiene derecho a que le demos varios tipos de información.

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio al cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan.
- **Información sobre nuestras redes de proveedores y farmacias.** Usted tiene el derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 tienen información relacionada con los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 hay información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el capítulo 9 se informa sobre cómo pedir una explicación por escrito del motivo por el que no está cubierto un servicio médico o un medicamento de la Parte D o si su cobertura está

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

restringida. En el Capítulo 9 también hay información de cómo pedirnos cambiar una decisión, también llamado una apelación.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

También tiene derecho a participar de lleno en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le hablen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar anticipadamente si algún tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de su decisión.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se haría si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas pierden la capacidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si quiere*, puede:

- Completar un formulario por escrito para darle **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones.
- **Entregar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Los documentos legales que puede usar para entregar sus indicaciones por anticipado en estas situaciones se llaman “**directivas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**mandato para atención médica**” son ejemplos de las directivas anticipadas.

Si quiere utilizar un formulario de “directivas anticipadas” para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que dan información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para pedir los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Deberá considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede ser que también quiera entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo hospitalizarán y firmó un formulario de directivas anticipadas, **llévese una copia al hospital.**

- Si le admiten en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmarlo.

Recuerde, usted decide si quiere completar un formulario de directivas anticipadas (incluyendo si quiere firmarlo si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo si usted firmó o no directivas anticipadas.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no siguieron sus instrucciones, puede presentar una queja al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (Texas Department of State Health Services).

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, preocupación o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento está lo que puede hacer. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo con justicia.**

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si cree que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos *y no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está teniendo:

- Puede **llamar** al Servicio al cliente.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar** al Servicio al cliente.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación llamada, “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación puede encontrarse en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades

La lista de lo que debe hacer como miembro del plan está abajo. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener esos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 tienen información sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 tienen información sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta médica además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** En el Capítulo 1 obtiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y completando su atención.**
 - Para obtener la mejor atención, hable con sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas, y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y obtenga una respuesta que usted entienda.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las cosas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas funcionen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
 - Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare para continuar como miembro del plan.
 - Para la mayoría de nuestros servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
 - Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si es necesario que usted pague la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro de* nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si usted se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o preocupación

Este Capítulo explica dos tipos de procesos para tratar los problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.
- Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso de poner quejas**; también llamado quejas formales.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a usar y qué debería de hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Hay términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” “organización de revisión independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con más precisión para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe usar, incluimos los términos legales cuando damos la información para manejar tipos específicos de situaciones.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

**SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia
personalizada**

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Aun si tiene una queja del trato que le demos, estamos obligados a respetar su derecho de quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones puede ser también que quiera ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Bajo hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa de gobierno con consejeros capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los consejeros en este programa lo pueden ayudar a comprender qué proceso debería usar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle una guía sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los teléfonos y los URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

**SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿qué proceso debe
usar?**

Si tiene un problema o preocupación, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La guía a continuación será útil.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

¿Está relacionado su problema o preocupación con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta tienen cobertura o no, la manera como están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o medicamentos con receta.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones”**.

DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia
--------------------	--

Las decisiones de cobertura y de apelaciones tratan con los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de los servicios médicos y medicamentos con receta, incluyendo pagos. Este es el proceso que usted usa para asuntos como si algo está cubierto o no y la manera como algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a proporcionarle atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En circunstancias limitadas se descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Estamos tomando una decisión de cobertura en su nombre cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir sobre si un servicio o medicamento están cubiertos o si Medicare ya no se los cubre. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un servicio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que mencionaremos después, puede solicitar una apelación expedita o “apelación rápida” de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan diferentes revisores a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para revisar si seguimos las normas apropiadamente. Cuando completamos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas se desestimarán una solicitud de apelación de nivel 1, lo que quiere decir que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de apelación de nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Si no desestimamos su caso, pero rechazamos todo o parte de su apelación de nivel 1, puede pasar a una apelación de nivel 2. La Apelación de nivel 2 la hace una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2; no necesita hacer nada. Para apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda continuar a través de los niveles adicionales de apelación (en la Sección 9 de este Capítulo se explican los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5).

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de
cobertura o presentando una apelación**

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar al** Servicio al cliente.
- Puede **obtener ayuda gratis** del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación después del nivel 2, tendrá que nombrarlo como su representante. Llame al Servicio al cliente y pida el formulario de “Appointment of Representative” (Nombramiento de representante). (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
 - Para atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 por usted. Si se rechaza su apelación en el nivel 1, automáticamente se trasladará al nivel 2.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro proveedor que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de nivel 1, su médico o el proveedor que receta puede solicitar la apelación de nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que lo represente.** Si quiere, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante, llame al Servicio al cliente y pida el formulario de “Appointment of Representative” (Nombramiento de representante) (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en el plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se descartará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le dan servicios legales gratuitos

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo tiene información de su situación?
--------------------	---

Hay cuatro tipos de diferentes situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, le damos la información de cada una en una sección separada:

- La **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- La **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- La **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como pacientes hospitalizados más prolongada si cree que el médico le está dando de alta muy pronto”
- La **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará muy pronto” (*Se aplica únicamente a estos servicios: atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)*)

Si no está seguro de qué sección utilizar, llame al Servicio al cliente. También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales como su SHIP.

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

Sección 5.1	Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención
--------------------	--

Esta sección se trata de sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*. Para mantener simples las cosas, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica”, que incluye artículos o servicios médicos y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes para una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicaremos cómo difieren las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las normas para los productos y servicios médicos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que quiere y considera que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren prestarle y usted considera que el plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura Sección 5.2**
3. Recibió atención médica que considera que el plan debe cubrir, pero dijimos que no pagaremos esta atención médica. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es por atención en el hospital, atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted deberá leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. En estos tipos de atención se aplican reglas especiales.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura es sobre su atención médica, se llama una “**determinación de organización.**”

Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “**determinación expedita.**”

Paso 1: Decida si necesita una “**decisión de cobertura estándar**” o una “**decisión de cobertura rápida**”.

Una “**decisión de cobertura estándar**” generalmente se toma en **14 días o 72 horas** para medicamentos de la Parte B. Una “**decisión de cobertura rápida**” generalmente se hace en el **plazo de 72 horas** para servicios médicos o **24 horas** para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:

- *Únicamente puede pedir cobertura por atención médica que no haya recibido.*

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos indica que por su salud se necesita una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si se necesita por su salud que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos las fechas límite estándar.
 - Explica que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome la decisión de cobertura o la decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o cubramos la atención médica que quiere. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos las fechas límite estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud de **un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Vea la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para decisiones de cobertura rápida, usamos un plazo expedito

Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en el plazo de 72 horas si su solicitud es por un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una “queja rápida”. (Vea la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto quiere decir que debe pedir de nuevo la cobertura de atención médica que quiere. Si decide presentar una apelación, significa que irá al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una “reconsideración” del plan.

Una “apelación rápida” también se llama una “determinación expedita”.

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” generalmente se hace en el plazo de 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se hace en el plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que usted todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos indica que por su salud se necesita una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 5.2 de este capítulo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Pida a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando haga su apelación, explique el motivo de la tardanza para presentarla. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, vemos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- Reuniremos más información si fuera necesario posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos emplear más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o cuando termine el período de tiempo extendido si tomamos más días), debemos enviarle automáticamente la solicitud para el nivel 2 del proceso de apelaciones, que revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es que sí a una parte o todo lo que solicitó,** debemos autorizar o dar la cobertura que hemos acordado dar en las 72 horas posteriores a recibir su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es no a una parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta en los **siguientes 30 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no haya recibido todavía, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su condición médica nos lo exige.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una “queja rápida”. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos en las siguientes 24 horas. (Vea la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta a más tardar en la fecha límite (o cuando termine el período de tiempo extendido), le enviaremos su solicitud para la apelación de nivel 2, donde una organización independiente externa revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o dar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan deniega una parte o toda la apelación**, enviamos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “**entidad de revisión independiente**”. A veces se la llama “**IRE**”.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su “expediente del caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si en el nivel 1 tuvo una “apelación rápida”, también tendrá una “apelación rápida” en el nivel 2.

- Para la “apelación rápida”, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede emplear más tiempo para tomar una decisión.

Si en el nivel 1 tuvo una “apelación estándar”, también tendrá una “apelación estándar” en el nivel 2

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que reciban su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que reciban su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede emplear más tiempo para tomar una decisión.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

La organización de revisión independiente lo informará de su decisión por escrito y explicará las razones de la decisión.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es sí a una parte o toda la solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de 72 horas o darle el servicio en el plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

solicitudes estándar. Para solicitudes expeditas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

- **Si la organización de revisión dice sí a una parte o a toda la solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o dar el medicamento con receta de la Parte B en el plazo de **72 horas** a partir de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes expeditas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización dice que no a una parte o a toda su apelación**, quiere decir que están de acuerdo con nosotros con que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicar la decisión
 - Notificarle del derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple cierto mínimo. El aviso por escrito que usted recibe de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Diciéndole cómo presentar una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la apelación de nivel 3. En la Sección 9 en este capítulo se explican los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que es posible que tenga que solicitar el reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía los documentos pidiendo el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si respondemos sí a su solicitud:** Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario después que recibamos su solicitud. Si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* ha seguido todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos los servicios y los motivos en detalle.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede poner una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en los siguientes 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que usted ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en el término de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1	Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que esté cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener información sobre los medicamentos, normas, restricciones y costos de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre los medicamentos de la Parte D.** Para

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

simplificar las cosas, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” todo el tiempo. Nosotros también usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos (formulario)”.

- Si usted no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple las normas, puede preguntarnos. Para algunos medicamentos es necesario que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le dice que no puede surtirle su receta como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama una “**Determinación de cobertura**”.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedir que cubran un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Puede solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que cancelemos una restricción en la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Puede solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Cómo solicitar el pago de una cantidad de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Puede solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Cómo solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura Sección 6.4**
- Paga por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el pago. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?****Términos legales**

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos a veces se llama solicitar una **“excepción a la lista de medicamentos cubiertos”**.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos a veces se llama solicitar una **“excepción a la lista de medicamentos cubiertos”**.

Solicitarnos el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que esté cubierto, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que nosotros consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro proveedor que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad de costos compartidos que se aplica a los medicamentos de nivel cinco (5). No puede pedir una excepción de la cantidad de gastos compartidos que necesitamos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican en ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y anulamos una restricción para usted, puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos pagar por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.** Cada medicamento de la Lista de medicamentos está en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el número del nivel del costo compartido, más bajo será el pago que haga usted como su parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento en la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con un costo compartido más bajo. Esto sería el costo del nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de nombres de marca para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas, ya sea de marca o genéricas, para tratar su condición.
- No puede pedirnos cambiar el nivel de costo compartido por un medicamento del nivel cinco (5) Especialidad ni para un medicamento que no está en el formulario.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3	Aspectos importantes que debe saber sobre pedir excepciones
--------------------	--

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u proveedor que receta deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro proveedor que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una condición particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no ocasiona más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaríamos su solicitud para una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos funcione tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede pedir una otra revisión presentando una apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “**determinación de cobertura expedita**”.

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se toman en el plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápida**” se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su condición médica lo necesita, solicítenos que le demos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para pagar un medicamento que ya compró).
- Usar las fechas límite estándar puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro proveedor que receta nos indica que por su salud se necesita una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro proveedor que receta), decidiremos si se necesita por su salud que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos las fechas límite estándar.
 - Explica que, si su médico u otro proveedor que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - También le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Nosotros responderemos a su queja en el plazo de 24 horas después de recibirla.

Paso 2: Solicite una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o cubramos la atención médica que quiere. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluyendo las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2 hay información de contacto. Puede presentar una solicitud de determinación de cobertura de manera electrónica en nuestro portal seguro para miembros en: <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center/part-d-coverage-determinations> Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que está apelando.

Usted, su médico (u otro proveedor que receta) o su representante pueden hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede darle el permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, entregue la “declaración de respaldo”**, que son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro proveedor que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro proveedor que receta pueden explicarnos por teléfono y luego enviar por fax o por correo una declaración por escrito, si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una “decisión rápida sobre cobertura”

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos darle la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó, debemos darle la cobertura acordada en las siguientes 72 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Los plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en los siguientes 14 días calendario después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud, también debemos hacer el pago en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto quiere decir pedir de nuevo que obtenga la cobertura del medicamento que quiere. Si decide presentar una apelación, significa que irá al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una “reconsideración” del plan.

Una “apelación rápida” también se llama una “reconsideración expedita”.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” generalmente se hace en el plazo de 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se hace en el plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otro proveedor que receta deberá decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro proveedor que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si es necesario por su salud obtener una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito** o llámenos. En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al** (855) 645-8448. En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluyendo las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto y la información relacionada con su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Puede presentar su apelación de la Parte D en forma electrónica <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/part-d-appeals-grievances>.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando haga su apelación, explique el motivo de la tardanza para presentarla. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, detenidamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro proveedor que receta para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó**, debemos dar la cobertura que acordamos dar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo por el que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta en los **siguientes 7 días calendario** después de recibir su solicitud. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y es necesario por su condición médica.
 - Si no le damos una decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó**, debemos dar la cobertura tan pronto como sea necesario por su salud, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo por el que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Los plazos para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en los **siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó**, también debemos hacerle el pago en el plazo de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2
--------------------	---

Términos legales

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “ entidad de revisión independiente ”. A veces se la llama “ IRE ”.
--

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro proveedor que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** a la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el período de tiempo correspondiente, o si tomamos una decisión no favorable con respecto a la determinación “en riesgo” según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos su reclamo automáticamente a la IRE.
- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su “expediente del caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para la “apelación rápida”

- Si su salud lo necesita, solicite a la organización de revisión independiente que le dé una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 **dentro de un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Fechas límite para la “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación si es por un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Para la “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó**, debemos darle la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión en el plazo **de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para “apelaciones estándar”:

- **Si la organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de su solicitud de cobertura**, debemos darle la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente dice sí a parte o toda su solicitud de reembolso del pago** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en el plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

Si esta organización dice que no a una **parte o a toda** su apelación, quiere decir que están de acuerdo nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama “confirmar la decisión”. También como “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicar la decisión.
- Notificarle del derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el nivel 2 es definitiva.
- Decirle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la apelación de nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se le admite a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día que salga del hospital. Ellos ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital se llama su “**fecha de alta.**”
- Cuando se decida su fecha del alta, su médico o el personal del hospital le avisarán.
- Si cree que se le está pidiendo que salga del hospital muy pronto, puede solicitar una estancia en el hospital más larga y evaluaremos su solicitud.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 7.1 Durante su estancia en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos**

En el plazo de dos días después de ingresar en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si usted no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio al cliente o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea este aviso detenidamente y siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si no lo entiende.** Lo informa de:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital.
 - Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha del alta de manera que cubramos la atención en el hospital por más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
 - Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
 - Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Guarde su copia** del aviso para que tenga disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.
 - Si usted firma el aviso más de dos días antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de que se le programe su alta.
 - Para ver una copia de este aviso con antelación, puede llamar al Servicio al cliente o a 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si quiere solicitar que cubramos sus servicios en el hospital de paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al cliente. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos u otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad en su estado y solicite una revisión de inmediato de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche del día en que le den el alta.**
 - **Si cumple esta fecha límite,** puede quedarse en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de su apelación de la organización para el mejoramiento de la calidad.
 - **Si no cumple esta fecha límite** y decide quedarse en el hospital después de la fecha planificada del alta, *puede que tenga pagar todos los costos* de la atención en el hospital que reciba después de la fecha programada para el alta.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía quiere apelar, debe entonces presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener información sobre esta otra manera para hacer su apelación consulte la Sección 7.4.

Una vez solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con usted. A más tardar a mediodía del día después de que se comunique con nosotros le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le da su fecha planificada del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando al Servicio al cliente o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de atención médica en la organización para el mejoramiento de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos avisaron de su apelación, usted recibirá de nosotros un aviso por escrito con su fecha del alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir dándole servicios de hospital de paciente hospitalizado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios en el hospital cubiertos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que *no*, están diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura por servicios en el hospital para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** de la atención en el hospital que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es “no”, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la organización para el mejoramiento de la calidad *denegó* su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo poner una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una Apelación de nivel 2, usted solicita a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estancia después de su fecha planificada para el alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *denegado* su apelación de nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si se queda en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le darán su decisión.

Si la respuesta de la organización es sí

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir dando cobertura para la atención en el hospital como paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización es no:

- Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su apelación de nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si quiere continuar con su apelación y pasar al nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la apelación de nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?
--------------------	--

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “ apelación expedita ”.
--

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explica arriba, debe actuar rápidamente para empezar su apelación del nivel 1 del alta del hospital. Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización para el mejoramiento de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si usa esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión acelerada.”

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la fecha de alta programada para comprobar si el alta era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, revisaremos toda la información sobre su estancia en el hospital. Comprobamos si la fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Vemos si la decisión de cuándo debe salir del hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas después de que pida una “revisión rápida”.

- **Si la respuesta a su apelación es sí,** significa que estamos de acuerdo con usted de que aún necesita estar en el hospital después de la fecha del alta. Continuaremos prestándole los servicios cubiertos de hospital de paciente hospitalizado por el tiempo en que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación,** estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado finaliza a partir del día que dijimos cobertura habría terminado.
 - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha en que se había programado darlo de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** de la atención en el hospital que recibió después de la fecha en que se había programado darlo de alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de nivel 2

Términos legales
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “ entidad de revisión independiente ”. A veces se la llama “ IRE ”.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente en el plazo de 24 horas a partir del momento en que le digamos que se denegó su primera apelación. (Si cree que no cumplimos esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en el plazo de 72 horas.

- Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si la organización dice *sí* a su apelación,** debemos entonces pagarle nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de servicios en el hospital de paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o por cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo en que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le dirá cómo comenzar una apelación de nivel 3 con el proceso de revisión, del que se hace cargo un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si quiere avanzar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores deniegan su apelación de nivel 2, usted decide si quiere aceptar la decisión o ir a la apelación de nivel 3.
- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura terminará muy pronto**

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente tres servicios: atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)*

Cuando está obteniendo **servicios de atención en casa, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención por el tiempo en que el cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando acabe su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de la atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección dice cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Términos legales

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le dice cómo puede pedir una **“apelación rápida”**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejaremos de cubrir su atención.

- 1. Usted recibió un aviso por escrito** por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. Este aviso le dice:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una “apelación por vía rápida” para pedirnos que continuemos cubriendo su atención por un período de tiempo más largo.
- 2. A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo**

Si quiere solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al cliente. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha final de su atención es médicamente apropiada.

La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos u otros expertos de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad en su estado y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes del **mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** que consta en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y todavía quiere presentar una apelación, entonces debe hacerlo directamente a nosotros. Para obtener información sobre esta otra manera de hacer su apelación consulte la Sección 8.5.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

Términos legales

“**Explicación detallada de no cobertura**”. Aviso que tiene detalles de los motivos para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica en la organización para el mejoramiento de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted o a su representante el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.
- Al final del día en que los revisores nos avisen de su apelación, usted recibirá de nosotros la **Explicación detallada de no cobertura** explicando en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los examinadores le darán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen sí?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos por todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen no?

- Si los revisores dicen que *no*, su **cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos.**
- Si decide continuar recibiendo atención médica en casa, o atención de centro de enfermería especializada, o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termine su cobertura, entonces, **usted tendrá que pagar el costo completo** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es “no”, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación de nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que termine su cobertura de la atención, entonces puede presentar otra apelación de nivel 2.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 8.4 Paso a paso: Cómo poner una apelación de nivel 2 para hacer que su plan cubra su atención durante más tiempo**

Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar todos los costos de su atención médica en casa o en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le digamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en el plazo de 60 días** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *denegó* su apelación de nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los examinadores decidirán sobre su apelación y le darán su decisión.***¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es sí?***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir dando cobertura** para la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y existe la posibilidad de que apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es negativa?

- Eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión tomada respecto a su apelación de nivel 1.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará la información para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta es “no”, usted deberá decidir si quiere proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó antes en la Sección 8.3, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un período de un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de nivel 1

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “ apelación expedita ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión acelerada.”

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Paso 2: Nosotros hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuando terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para dar por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas después de que pida una “revisión rápida”.

- **Si decimos que sí a su apelación**, quiere decir que hemos acordado con usted que necesita servicios por más tiempo, y seguiremos prestando sus servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación**, entonces su cobertura acabará la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: Si respondemos “no” a su apelación acelerada, su caso será automáticamente elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Términos legales
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “ entidad de revisión independiente ”. A veces se la llama “IRE”.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de nivel 2

Durante la Apelación de nivel 2, la **organización de revisión independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su “apelación rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente en el plazo de 24 horas a partir del momento en que le digamos que se denegó su primera apelación. (Si cree que no cumplimos esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en el plazo de 72 horas.

- Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice *sí* a su apelación**, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaría su cobertura. Debemos seguir dando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o por cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización dice *no* a su apelación**, eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
- El aviso que recibe de la organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con la apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente deniega su apelación, usted elige si quiere avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador revisa la apelación de nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y niveles posteriores

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y se denegaron ambas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de nivel 2 explicará cómo ponerse a presentar una apelación del nivel 3.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la hacen estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3: Un juez o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es sí, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** A diferencia de una decisión en una apelación de nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación del nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o prestarle el servicio en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con la documentación necesaria. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en cuestión.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* haber terminado o *no*.** A diferencia de una decisión en el nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio en los 60 días calendario siguientes a recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba lo informará de si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5 y cómo continuar con una apelación de nivel 5.

Apelación de nivel 5 Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si* su solicitud procede o *no*. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y se denegaron ambas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la hacen estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3: Un juez o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o darle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador **en el plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría*, o *no*, haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de nivel 4: El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina. Debemos autorizar o dar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por el Consejo en el plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.
- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría, o no, haber terminado*.
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba lo informará de si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. También le dirá con quién debe comunicarse y qué debe hacer después si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez en el Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud procede o no. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No respetó alguien su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está conforme con nuestro Servicio al cliente? • ¿Considera que le está exhortando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de atención médica? ¿O nuestro Servicio al cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o cuando le dan una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso necesario? • ¿Es nuestra información por escrito difícil de entender?
<p>Prontitud (Estos tipos de quejas están relacionados con la velocidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que estaban aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite necesarias para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 10.2 Cómo hacer una apelación de queja****Términos legales**

- Una “**queja**” también se llama una “**queja formal**”.
- “**Hacer una reclamación**” también se conoce como “**presentar una queja formal**”.
- “**Usar el proceso para quejarse**” es otra manera de decir “**usar el proceso para presentar una queja formal**”.
- Una “**queja rápida**” también se llama una “**queja acelerada**”.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja**Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Habitualmente, el primer paso es llamar al Servicio al cliente.** Si hay algo más que tenga que hacer, en Servicio al cliente se lo dirán.
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si envía su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- **Quejas formales estándar (quejas)**

Una queja formal estándar normalmente se resuelve en un plazo de treinta (30) días naturales desde la fecha en que recibamos su solicitud, a menos que su condición o salud requieran una respuesta más rápida. Si se necesita más información o usted pide una extensión, podemos extender el plazo hasta catorce (14) días naturales. Le enviaremos una carta para informarlo de la recepción de su queja. Investigaremos su queja formal y podríamos comunicarnos con usted para pedir más información. Nuestra conclusión se le comunicará por correo o verbalmente.

- **Quejas formales aceleradas (quejas)**

Una Queja formal acelerada se responde en un plazo de veinticuatro (24) horas desde el momento en que recibamos su solicitud. Puede presentar una queja formal acelerada en forma oral o por escrito si no está de acuerdo con nuestra decisión de no tomar una determinación de cobertura/organización acelerada o de no hacer una revisión de redeterminación/reconsideración acelerada. También puede presentar una queja formal acelerada si no está de acuerdo con la decisión del Plan de pedir una extensión de catorce (14) días naturales para tomar una decisión sobre una reconsideración o una determinación de cobertura de la organización. Puede presentar una queja formal acelerada comunicándose con el Servicio al cliente al (855) 645-8448.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La **fecha límite** para presentar una queja es 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema del que quiere quejarse.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Es posible que le respondamos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada.
- **Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendarios más (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una “respuesta rápida de cobertura” o “apelación rápida”, automáticamente se resolverá como “queja rápida.”** Si usted tiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta en el plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o toda su queja, o no asumimos la responsabilidad por el problema sobre el que se está quejando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad
---------------------	---

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente a la organización para el mejoramiento de la calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

O

- **Puede presentar una queja tanto a la organización para el mejoramiento de la calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5	También puede informar a Medicare sobre su queja
---------------------	---

Puede presentar una queja sobre Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar a

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cómo cancelar su
membresía en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO puede ser **voluntaria** (es su decisión) o **involuntaria** (no es su decisión):

- Puede que se vaya de nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse. En las Secciones 2 y 3 hay información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted se retira de nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionándole atención médica y medicamentos con receta y usted continuará pagando su parte del costo hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período anual de inscripción
--------------------	--

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período anual de inscripción abierta”). Durante ese tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- El **Período anual de inscripción** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Tiene oportunidad de hacerle *un solo* cambio a su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, los miembros de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama un **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para el pago de sus recetas de Medicare.
- Si infringimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un centro de atención residencial o un hospital de cuidado de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. En el Capítulo 5, Sección 10 hay más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían dependiendo de su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta. Usted puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- – *o bien* – Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos con receta.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:

Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre terminar su membresía, puede:

- **Llame al** Servicio al cliente.
- Puede obtener información en el manual *Medicare y usted 2023*.
- Comuníquese con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

El siguiente cuadro explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan médico de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare.Su inscripción en Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Su inscripción en Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía, y empieza su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Continúe usando nuestros proveedores dentro de la red para recibir la atención médica.
- Continúe usando nuestras farmacias o pedido por correo para surtir sus recetas.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital la cubrirá nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si es después de que se inicie su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO debe cancelar su membresía al plan en ciertas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--------------------	--

Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO debe cancelar su membresía en el plan si sucede algo de lo siguiente:

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Servicio al cliente para averiguar si el lugar al que se muda o al que viajará está en el área de nuestro plan.
- Si se le encarcela (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni está legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga que dé cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una manera que sea perjudicial y eso hace que nos sea difícil darle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si usted permite que alguien use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por ese motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.
- Si tiene que pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía: llame al Servicio al cliente.

Sección 5.2	Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con salud
--------------------	---

Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted siente que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas del día, 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones creadas según la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no se incluyen ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nosotros no discriminamos por raza, origen étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado médico, experiencia de reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que tienen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964 (Civil Rights Act of 1964), la Ley de rehabilitación de 1973 (Rehabilitation Act of 1973), la Ley de discriminación por edad de 1975 (Age Discrimination Act of 1975), la Ley de americanos con discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que correspondan por cualquier otro motivo.

Si quiere obtener más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a la atención, llámenos al Servicio al cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, en el Servicio al cliente podrán ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los que Medicare no es el principal pagador. Según las reglamentaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo las reglamentaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Derechos de subrogación y responsabilidad a terceros

Subrogación/responsabilidad a terceros

Si le hacemos un pago a usted o hacemos un pago en su nombre por servicios cubiertos, tenemos derecho a la subrogación total de todos los derechos que usted tenga contra cualquier persona, entidad o aseguradora que puedan ser responsables de pagar los gastos médicos o beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o condición. Tenemos derecho a ejercer los mismos derechos de subrogación y recuperación que se otorgan al Programa Medicare según las normas de Pagadores secundarios de Medicare. Cuando hayamos pagado por servicios cubiertos, tendremos derechos de retención sobre los ingresos de la sentencia, el acuerdo u otro laudo o sentencia favorable que usted reciba, incluyendo, entre otros, lo siguiente:

1. Cualquier laudo, acuerdo, beneficio u otras cantidades pagadas según la ley o una adjudicación de compensación de trabajadores.
2. Todo pago que haga directamente una entidad externa o que se haga en su nombre.
3. Laudos arbitrales, pagos, acuerdos, acuerdos estructurados u otros beneficios o cantidades que se paguen según una póliza de cobertura de conductor sin seguro o con seguro insuficiente.
4. Cualquier otro pago designado, destinado o que se le pretenda pagar a usted como compensación o restitución por lesiones, enfermedad o condiciones que haya sufrido como resultado de descuido o responsabilidad de un tercero.

Usted acepta cooperar con nosotros y cualquiera de nuestros representantes y tomar cualquier medida o seguir cualquier paso necesarios para garantizar nuestro derecho de retención, incluyendo, entre otros, lo siguiente:

1. Responder a solicitudes de información sobre accidentes o lesiones.
2. Responder a nuestras solicitudes de información y dar la información pertinente que hayamos solicitado.
3. Participar en todas las fases de cualquier acción legal que iniciemos para proteger nuestros derechos, incluyendo, entre otros, participar en la presentación de pruebas, asistir a las declaraciones y comparecer y testificar en un juicio.

Además, usted acepta no hacer nada que perjudique nuestros derechos, incluyendo, entre otros, ceder derechos o causas de acción que pueda tener contra una persona o entidad en relación con su lesión, enfermedad o condición sin nuestro consentimiento previo expreso por escrito. Si no cumple los requisitos establecidos arriba, se considerará un incumplimiento de sus obligaciones y podremos iniciar acciones legales en su contra para proteger nuestros derechos.

Reembolso

Tendremos derecho a recibir el pago de esos gastos que hayamos pagado que sean responsabilidad de una persona, organización o aseguradora. Nuestro derecho de reembolso es separado y aparte de nuestro derecho de subrogación, y se limita solo a la cantidad de los beneficios que se hayan pagado según nuestro plan. Cuando se resuelva el reclamo o se le pague cualquier cantidad a usted, a su representante legal o a su tutor, o a su patrimonio, la persona que reciba los fondos deberá pagarnos de inmediato las cantidades que usted recupere por sentencia, acuerdo, adjudicación, resarcimiento o de otro modo de cualquier tercero responsable o de su aseguradora, si nosotros pagamos o proporcionamos beneficios por su lesión, enfermedad o condición durante su inscripción en nuestro plan.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es algo que se hace si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos con receta o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir usted para inscribirse en un plan médico particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que se pueden usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de atención médica en casa: un asistente de atención médica en casa presta servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta autorizado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados).

Atención de emergencia: los servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para dar servicios de emergencias, y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y de rehabilitación prestados sobre una base continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas un enfermero o un médico.

Autorización previa: aprobación por anticipado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la lista de medicamentos cubiertos.

Ayuda adicional: un programa de Medicare o de un estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Cancelar inscripción o cancelación de inscripción: el proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan.

Cantidad mensual ajustada relacionada con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en su declaración de impuestos de IRS de hace 2 años es mayor que cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una cantidad del ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no necesitan hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sea superior a 24 horas.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno de la casa.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y otros suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Cobertura válida de medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Copago: una cantidad que se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio médico o suministro, como una visita al médico, visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10) y no un porcentaje.

Coseguro: la cantidad que podría tener que pagar, expresada como porcentaje (por ejemplo, el 20%) como su parte del costo por servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido estándar: son costos compartidos que no sean el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: costo compartido preferido significa costos compartidos más bajos para ciertos medicamentos de la Parte D cubiertos en ciertas farmacias de red.

Costo compartido: costo compartido se refiere a la cantidad que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos, (2) cualquier cantidad fija de “copago” que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio o medicamento, o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Cuidado de compañía: el cuidado de compañía es atención personal que se da en un centro de atención residencial, hospicio u otro entorno cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. Cuidado de compañía, que lo dan personas que no tienen las capacidades ni la formación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

de las personas se dan a sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de compañía.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o recetas antes de que pague nuestro plan.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad que usted debe pagar por la receta, si es el caso. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Determinación de organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca (y si está embarazada, la pérdida de un niño no nacido, pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que su médico solicita por razones médicas. Ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenados por un proveedor para usar en casa.

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado: una estancia en el hospital cuando ingresa formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como “paciente ambulatorio”.

Etapa de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras personas calificadas en su nombre hayan gastado \$7440,00 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales por medicamentos, incluyendo las cantidades que usted pagó y que su plan pagó por usted en el año, alcancen los \$4,660.00.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (formulario) (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan obliga a que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).

Facturación de saldo: una situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) le factura a un paciente más de la cantidad de costos compartidos permitida. Como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO, solo debe pagar su cantidad de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nuestro plan no permite que los proveedores “facturen saldos” o le cobren más de la cantidad de costos compartidos que el plan dice que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o dar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo: vea arriba la definición de “costos compartidos”. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también conocido como requisito de gastos directos “de su bolsillo”.

Hospicio: un beneficio que ofrece tratamiento especial para un miembro al que certificaron médicamente como enfermo terminal, lo que quiere decir que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, como su plan, debemos darle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando primas, usted aún siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios y los beneficios adicionales que ofrecemos.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura de acuerdo con la etapa de cobertura inicial.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Límites de cantidad: una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o para un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Máximo de gastos de bolsillo: la cantidad máxima que usted paga durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y Parte B. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta médica no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del estado varían, pero la mayor parte de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como Medicaid.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento con receta que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con un ingrediente activo igual al de la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que la patente del medicamento de marca haya caducado.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicamentos genéricos: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor.

Medicare Original (“Medicare tradicional” o Medicare “Pago por servicio”): Medicare Original lo ofrece el gobierno y no un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, las cantidades de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

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

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía en la Parte D: una cantidad que se suma a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de la primera vez que sea elegible para participar en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: todo medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de seis niveles de costo compartido (6). En general, lo más alto el nivel de costo compartido, lo más caro que le será el costo por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.

Parte C: vea “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período anual de inscripción: el período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de beneficios: la manera como nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios en el hospital y en centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención en el hospital de paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días seguidos. Si ingresa en el hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener la cobertura por medio de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones por las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si obtiene “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de atención residencial o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más centrada en grupos específicos de personas, como los que tienen Medicare y Medicaid, los que residen en un centro de atención residencial o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan institucional de necesidades especiales equivalente (SNP): un plan que inscribe a las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan cierto nivel institucional de atención basándose en la evaluación del estado. La evaluación debe hacerse con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectiva y deberá hacerla una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vivienda con asistencia (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

Plan Medicare Advantage (MA): en ocasiones llamado la Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una i) HMO, ii) PPO, un iii) Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP) En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta.**

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare lo ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de demostración/piloto y los Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos) combina servicios de atención médica, social y de largo plazo (LTC) para personas débiles para ayudar a las personas a vivir de manera independiente y en sus comunidades (en vez de mudarse a un centro de atención residencial) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Póliza “Medigap” (Seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden compañías aseguradoras privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para cobertura médica o cobertura de medicamentos con receta.

Programa de Descuentos durante el Período sin cobertura de Medicare: programa que da descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a los miembros de la Parte D que han alcanzado la Etapa de período sin cobertura y que aún no reciben “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos incluyendo, entre otros, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas médicos. En muchos planes médicos de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los “**proveedores de la red**” tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores dentro de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni operados por nuestro plan.

Queja formal: un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no involucra las disputas de cobertura ni el pago.

Queja: el nombre formal para “hacer un reclamo” es “presentar una queja” El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que reciba. También incluye quejas si su plan no cumple los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicio al cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye otros beneficios, como de la vista, dental o auditivo, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo: los servicios de atención de emergencia o de urgencia prestados fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, prestados cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y deben ser medicamente necesarios.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Tarifa de suministro: un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que toma el farmacéutico para preparar y empaquetar la receta médica.

Tasa de costo compartido diario: se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba hacer un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Aquí incluimos un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su “tasa de costo compartido diario” es de \$1 por día.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le había recetado inicialmente.

Servicio al cliente de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO

Método	Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	<p>(855) 645-8448</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Horario de Atención: De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre</p> <p>Teladoc: (800) 835-2362, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p> <p>Línea médica de enfermería: (713) 338-7979</p> <p>El Servicio al cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablen inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Horario de Atención: De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre</p>
ESCRIBA A	<p>Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO 929 Gessner Road, Suite 1500 Houston, TX 77024</p>
SITIO WEB	<p>http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/</p>

Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) (SHIP de Texas)

El Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a personas que tengan Medicare.

Método	Información de Contactos
LLAME AL	(800) 252-9240 o (800) 252-3439
TTY	(800) 735-2989 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin, TX 78714-9104
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de revelación de la PRA De acuerdo con la Ley de reducción de trámites burocráticos de 1995 (Paperwork Reduction), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1051. Si tiene algún comentario 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.

healthplan.memorialhermann.org/medicare

855.645.8448 (TTY 711)

8 a.m. a 8 p.m., Hora Central, Todos los Días (1 de Oct. – 31 de Mar.)

8 a.m. a 8 p.m., Hora Central, Lunes a Viernes (1 de Abr. – 30 de Sept.)

Copyright © 2022 Memorial Hermann. Se reservan todos los derechos.

MEMORIAL[®]
HERMANN
Health Plan
MEDICARE ADVANTAGE PLANS