

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2021

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO

En este folleto se proporciona información detallada acerca de la cobertura de la atención médica y de los medicamentos recetados de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Le explica cómo obtener los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita que le cubran. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, lo ofrece Memorial Hermann Health Plan, Inc. (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Memorial Hermann Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO).

Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO es proporcionado por Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Para obtener más información, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente al (855) 645-8448. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo son de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, salvo Acción de Gracias y Navidad, y está abierto el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.

Debemos brindarle información de manera que le sea útil (en idiomas distintos al inglés, en braille y en letra grande u otros formatos, etc.).

Los beneficios, los deducibles, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2022.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Índice**Evidencia de Cobertura 2021****Índice**

Esta lista de capítulos y de números de página es el punto de partida. Si desea ayuda para buscar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. **Usted encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este folleto. Habla sobre los materiales que le enviaremos, su prima del plan, la multa por inscripción tardía en la Parte D, su tarjeta de miembro y sobre cómo mantener su registro de miembro actualizado.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes 22

Explica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO) y con otras organizaciones que incluyen a Medicare, el Programa Estatal de Asistencia en Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para las personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos 43

En este capítulo se explican temas importantes que debe saber acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluyen el uso de los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención si tiene una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 59

Proporciona los detalles acerca de qué tipos de atención médica están cubiertos y qué tipos *no* están cubiertos para los miembros de nuestro plan. Explica cuánto tendrá que pagar de su parte del costo de la atención médica cubierta.

Índice**Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D 104**

Explica las reglas que debe seguir cuando obtenga sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde puede surtir sus medicamentos recetados. Habla sobre los programas del plan relacionados con la seguridad de los medicamentos y cómo manejarlos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 131

En este capítulo se explican las cuatro (4) etapas de la cobertura para medicamentos (Etapas de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa sin cobertura, Etapa de cobertura en caso de catástrofe) y de qué manera estas etapas afectarán lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los seis (6) niveles de distribución de costos para sus medicamentos de la Parte D e indica cuánto debe pagar por un medicamento en cada nivel de distribución de costos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 152

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 160

Explica los derechos y responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Explica lo que puede hacer si no se están respetando sus derechos.

Índice

Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 172

Le explica paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si usted está teniendo problemas al recibir la atención médica o los medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales sobre su cobertura de medicamentos recetados y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto.
- Explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan 231

Explica cuándo y cómo puede terminar su membresía en el plan. Explica las situaciones en que nuestro plan se ve obligado a cancelar su membresía en el plan.

Capítulo 11. Avisos legales 241

Se incluyen notificaciones relacionadas con las leyes vigentes y contra la discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes 246

Explica los términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

*Primeros pasos como
miembro*

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

SECCIÓN 1	Introducción	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO, que es un plan Medicare HMO	7
Sección 1.2	¿Sobre qué trata el cuadernillo de <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?	8
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué es la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare?	8
Sección 2.3	Área de servicio del plan para Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO	8
Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos	9
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?	9
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan - Úsela para obtener toda la atención cubierta y los medicamentos recetados cubiertos	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores</i> : Su guía para ver a todos los proveedores de la red del plan	10
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : Su guía de las farmacias en nuestra red	11
Sección 3.4	La Lista de medicamentos cubiertos del plan (<i>Formulario</i>)	11
Sección 3.5	La <i>Explicación de Beneficios</i> de la <i>Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D	12
SECCIÓN 4	Su prima mensual de Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO	12
Sección 4.1	¿Cuánto debe pagar por su prima del plan?	12

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 5	¿Debe pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?	13
Sección 5.1	¿Qué es la "multa por inscripción tardía" en la Parte D?	13
Sección 5.2	¿De cuánto es la "multa por inscripción tardía" en la Parte D?	14
Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa	15
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D?	16
SECCIÓN 6	¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	16
Sección 6.1	¿Quién debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	16
Sección 6.2	¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?	16
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?	17
Sección 6.4	¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D?	17
SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual	17
Sección 7.1	Existen diversas maneras de pagar la prima de su plan	18
Sección 7.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	19
SECCIÓN 8	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	19
Sección 8.1	Cómo ayudar a asegurarnos de que tengamos información exacta sobre usted	19
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información personal de salud	20
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	20
SECCIÓN 10	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	21
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero si tiene otro seguro?	21

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, que es un plan Medicare HMO**

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO es un Plan Medicare Advantage HMO (HMO son las siglas en inglés de Health Maintenance Organization [Organización para el Mantenimiento de la Salud]) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura en este Plan se considera una Cobertura de salud calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad individual compartida en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Sobre qué trata el cuadernillo de *Evidencia de Cobertura*?

Este folleto de *Evidencia de Cobertura* le informa qué debe hacer para recibir atención médica y cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan. Este folleto le explica sus derechos y obligaciones, cuáles son los servicios cubiertos y cuánto paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, a los servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué servicios tiene a su disposición. Le recomendamos que se tome un tiempo para leer este folleto sobre la *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura***Forma parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y las notificaciones que le enviemos sobre los cambios o las condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones a veces se llaman “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

El contrato tiene vigencia durante los meses en que esté inscrito en Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO entre el 1.º de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO después del 31 de diciembre de 2021. También podemos decidir cancelar el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services]) debe aprobar el plan Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO todos los años. 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 debe cumplir para ser miembro del plan?**Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

Usted reúne las condiciones para ser miembro de nuestro plan siempre que:

- Usted tenga la cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B (la Sección 2.2 le informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B)
- -- y -- viva en el área geográfica de servicio (la Sección 2.3 describe nuestra área de servicio)
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o resida de forma legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 ¿Qué es la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare?

Cuando usted se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información acerca de qué servicios están cubiertos en Medicare Parte A y Parte B. Recuerde:

- Por lo general, Medicare Parte A ayuda a cubrir los servicios brindados en instituciones hospitalarias (para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- Medicare Parte B es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos, terapia de infusión a domicilio y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipos médicos duraderos [durable medical equipment, DME] y suministros).

Sección 2.3 Área de servicio del plan para Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO

Aunque Medicare es un programa federal, Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Harris, Fort Bend y Montgomery.

Si planifica mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). Si se muda, tendrá un Periodo de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

Además, es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services]) notificará a Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO si usted no es elegible para seguir siendo miembro en función de este requisito. Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan - Úsela para obtener toda la atención cubierta y los medicamentos recetados cubiertos

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

Memorial Hermann Medicare Advantage HMO Health Plan (80840)			
Member ID#: 100000433 Member: John Q. Member		RxBin: 012312 RxPCN: PARTD RxGRP: M0000001 H7115-001	
In-Network Member Costs:			
PCP	SPECIALIST	ER	URGENT CARE
\$0	\$50	\$90	\$35
MedicareRx Prescription Drug Coverage			

	
Customer Service: 855.645.8448 (TTY 711) Pharmacy Services: 844.860.6750 Medical Management: 855.645.8448 Optum Behavioral Health: 844.809.5890	Claims Dept: Memorial Hermann Advantage Claims P.O. Box 226526 Dallas, TX 75222-6526 To send claims electronically: Availity EDI Payer ID: MHHNP healthplan.memorialhermann.org/medicare

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

NO utilice su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para recibir los servicios médicos con cobertura mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si necesita participar en estudios de investigación de rutina.

A continuación le explicamos por qué esto es tan importante: Si, mientras es miembro del plan, utiliza su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO para recibir servicios con cobertura, es posible que usted deba pagar el costo total.

Si la tarjeta de membresía de su plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente al Servicio de Atención al Cliente y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 3.2 El Directorio de Proveedores: Su guía para ver a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tengan un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier distribución de costos del plan como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores proporcionen servicios a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>.

¿Por qué necesita saber cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red?

Es importante saber cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener servicios y atención médica. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para información más específica sobre cobertura en caso de emergencias, fuera de la red o fuera del área de servicio.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). Si desea más información acerca de nuestros proveedores de la red, incluyendo sus calificaciones, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. También puede buscar el *Directorio de Proveedores para conocer los proveedores de la red* en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. Tanto el Servicio de

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Atención al Cliente como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre cambios en los proveedores de nuestra red.

Sección 3.3 El *Directorio de farmacias*: Su guía de las farmacias en nuestra red

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado abastecer las recetas cubiertas a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué es necesario que se informe sobre las farmacias de la red?

Usted puede utilizar el *Directorio de Farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar. El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. Puede consultar el Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos el Directorio de Farmacias por correo postal.

Consulte el Directorio de Farmacias de 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.

El *Directorio de Farmacias* también le informará cuál de las farmacias en nuestra red tiene distribución de costos preferidos, la cual puede ser inferior a la distribución de costos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). En cualquier momento, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada de los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar. Especifica cuáles medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO.

La Lista de medicamentos también le informa si hay alguna norma que limite la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (<https://healthplan.memorialhermann.org/find-other-services/formulary-search>) o llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 3.5 La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamento recetado de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otros en su nombre, han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada medicamento recetado de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con una menor distribución de costos que puedan estar disponibles. Debe consultar a la persona que emitió la receta sobre estas opciones de menor costo. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y cómo esta puede ayudarlo a llevar el control de la cobertura de sus medicamentos.

El resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* también se encuentra disponible previa solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO**Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar por su prima del plan?**

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. Para 2021, la prima mensual de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO es de \$50. Además, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero la pague por usted).

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser menor

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. O el programa “Ayuda Adicional” que asiste a las personas con recursos limitados para que puedan pagar sus medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2 se habla más acerca de estos programas. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Si ya está inscrito y recibe la ayuda de uno de estos programas, es posible que la información sobre las primas contenida en esta Evidencia de Cobertura no se aplique a usted. Le hemos enviado un documento separado llamado “Anexo de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados” (que también se conoce como el “Anexo de subsidio por ingresos bajos” o el “Anexo LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibe este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el “LIS Rider”. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser mayor

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser mayor que el monto detallado anteriormente en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación:

- Se exige que algunos miembros paguen una **multa por inscripción tardía** de la Parte D debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando por primera vez reunieron los requisitos o debido a que permanecieron durante un período continuo de 63 días o más sin cobertura “acreditable” de medicamentos recetados. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El importe de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. En la Sección 5 del Capítulo 1 se explica la multa por inscripción tardía en la Parte D.
 - Si usted tiene una multa por inscripción tardía en la Parte D y no la paga, podría dársele de baja del plan.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional conocido como Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D, o IRMAA, porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado por encima de un monto determinado en su declaración de impuestos del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS). Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. En la Sección 6 del Capítulo 1 se explica el IRMAA con más detalle.

SECCIÓN 5 ¿Debe pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" en la Parte D?

Nota: Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que usted deba una multa por inscripción tardía en la Parte D si, en cualquier momento después de que finalizó su periodo de inscripción inicial, hay un periodo de 63 días seguidos o más en los que no tuvo cobertura de la Parte D ni ninguna otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Una “cobertura acreditable de medicamentos recetados” es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o la cobertura acreditable de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, le informaremos el monto de la multa. Su multa por inscripción tardía en la Parte D se considera parte de su prima del plan.

Sección 5.2 ¿De cuánto es la "multa por inscripción tardía" en la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- Primero cuente el número de meses totales que se retrasó con la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, a partir del momento en que resultase elegible para inscribirse. O cuente el número de meses totales en los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será de 14 %.
- Luego Medicare determina el monto de la prima promedio mensual de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2020, el monto promedio de la prima era de \$32.74. Este monto puede cambiar para 2021.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 céntimos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por \$32.74, lo que equivale a \$4.5836. Este monto se redondea a \$4.58. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que debe tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determina Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su periodo de inscripción inicial por envejecer en Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

Aunque se haya demorado en la inscripción en un plan que ofrece cobertura de Medicare Parte D en el momento en que por primera vez reunía los requisitos, en algunos casos no deberá pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

No deberá pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare le llama a esto “**cobertura acreditable de medicamentos**”. Tenga en cuenta:
 - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un sindicato o empleador previo, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede enviársele 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.
 - Tenga en cuenta: Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando su cobertura de salud termina, no necesariamente significa que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe decir que tenía una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados que se esperaba que pagara tanto como paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento por medicamentos.
 - Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y Usted 2021* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero no la tuvo por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D?**

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre la misma. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió, en la cual se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame al Servicio de Atención al Cliente para averiguar más sobre cómo hacer esto (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?**Sección 6.1 ¿Quién debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informa en su declaración de impuestos del IRS (Servicio de Rentas Internas) de hace 2 años, es mayor a un monto determinado, usted deberá pagar un monto de prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional a su prima.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará cuál es el monto adicional y cómo debe pagarlo. El monto adicional se deducirá del cheque de beneficios que recibe del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague la prima del plan de manera habitual, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe abonar el monto adicional al gobierno. No puede pagarse con la prima mensual de su plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI), como se informa en la declaración de impuestos del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS), es mayor a determinado monto, deberá pagar una suma adicional además de la prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que pudiera tener que pagar según sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a sus ingresos, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no al plan de Medicare) por la cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley le exige que pague la suma adicional y no lo hace, se anulará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, para reunir los requisitos de nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos miembros del plan (los que no reúnan las condiciones para la Parte A sin prima) pagan una prima de Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan paga una prima de Medicare Parte B. **Usted debe continuar pagando su prima de Medicare para continuar siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informa en su declaración de impuestos del IRS (Servicio de Rentas Internas) de hace 2 años, es mayor a un monto determinado, usted deberá pagar un monto de prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional a su prima.

- Si usted está obligado a pagar el monto adicional y no lo paga, usted será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.
- Si usted tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será el monto adicional.
- Si desea más información sobre las primas de la Parte D con base en los ingresos, diríjase a la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en Internet o 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. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2021* incluye información sobre las primas de Medicare en la sección titulada “Costos de Medicare de 2021”. Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* todos los años en otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben a más tardar un mes después de haberse inscrito por primera vez. También

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2021* en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede ordenar una copia impresa por teléfono 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 7.1 Existen diversas maneras de pagar la prima de su plan

Existen cuatro maneras de pagar la prima de su plan.

Si decide cambiar la forma de pago de su prima, el cambio puede tardar hasta tres meses en entrar en vigor. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar a tiempo la prima del plan.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Si elige la opción de Factura Directa, la notificación de pago de la prima será enviada por correo postal el 18.º día de cada mes calendario. El pago de la prima debe realizarse a más tardar el primer día calendario del mes. Usted puede hacer ese pago a través de cheque personal, cheque de caja o giro postal, contra recibo. Remita los pagos abonables a:

Memorial Hermann Health Plan, Inc.

PO Box 732410

Dallas, TX 75373-2410

Incluya junto al pago el comprobante y el número de identificación como Miembro escrito en el cheque, cheque de caja o en el giro postal.

Opción 2: Usted puede habilitar un pago automático en su cuenta corriente o cuenta de ahorros

Si elige pagar a través de un Pago Automático Bancario desde su cuenta corriente o cuenta de ahorros, el pago de la prima será descontado automáticamente de su cuenta corriente o cuenta de ahorros aproximadamente el 5.º día de cada mes. Usted puede contactarse con el Servicio de Atención al Cliente y solicitar un Formulario de Notificación de Cambio, el cual incluirá instrucciones específicas para habilitar el Pago Automático Bancario.

Opción 3: Puede elegir que se deduzca la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede elegir que se deduzca la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información acerca de cómo pagar la prima del plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

Opción 4: Puede pagar la prima del plan con tarjeta de crédito

Si elige la opción recurrente de tarjeta de crédito, la prima del plan mensual se deducirá de su cuenta de tarjeta de crédito el primer día de cada mes. Puede elegir pagar una vez con tarjeta de crédito; sin embargo, después de eso se configurará su cuenta en “Factura directa” y se le enviará la factura por correo el 6.º día de cada mes calendario. El pago mensual de la multa por inscripción tardía (si corresponde) debe realizarse a más tardar el primer día calendario del mes.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Si tiene alguna pregunta sobre el pago con tarjeta de crédito, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al (855) 645-8448. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

¿Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan ?

El pago de la prima del plan debe llegar a nuestras oficinas antes del primer día de cada mes.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para ver si le podemos recomendar programas que lo ayuden con su prima del plan. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

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

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto puede suceder si usted comienza a ser elegible para participar del programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) o si usted pierde la elegibilidad para este programa durante el año. Si un miembro califica para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamentos recetados, el programa “Ayuda Adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad durante el año deberá empezar a pagar la prima mensual completa. Puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 8.1 Cómo ayudar a asegurarnos de que tengamos información exacta sobre usted

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su Proveedor de Atención Primaria.

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores dentro de la red de nuestro plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de distribución de costos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (tal como del empleador, el empleador de su cónyuge, compensación a los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como un reclamo por un accidente automovilístico
- Si le ingresaron en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable que designó (tal como un encargado del cuidado) cambia
- Si está participando en un estudio clínico de investigación

Llame al Servicio de Atención al Cliente para informarnos sobre algún cambio en esta información (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

También es importante llamar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que posea

Medicare nos exige que reunamos información sobre usted y sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que posea. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que posea con sus beneficios dentro de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta que enumere las otras coberturas médicas o de medicamentos sobre las que tengamos conocimiento. 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 está incluida en la lista, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo establecen estas leyes.

Si desea más información acerca de cómo protegemos su información personal de salud, consulte la Sección 1.3 en el Capítulo 8 de este folleto.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan****Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero si tiene otro seguro?**

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica colectiva del empleador), existen reglas 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 en segundo lugar, 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.

Estas reglas aplican para la cobertura de un plan de salud colectivo del empleador o de un sindicato:

- Si usted cuenta con cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud colectivo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, quien sea el pagador primario dependerá de la edad, de la cantidad de personas empleadas por el empleador y de si usted tiene Medicare por la edad, una discapacidad o porque tiene una enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

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

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud colectivos del empleador y/o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). Es posible que tenga que proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (cuando haya confirmado la identidad de estos) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

*Recursos y números de
teléfono importantes*

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes**Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes**

SECCIÓN 1	Contactos de Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente del plan)	24
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	31
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia en Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	33
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)	34
SECCIÓN 5	Seguro Social	35
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos)	36
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	37
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	41
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro colectivo” u otro seguro médico de un empleador?	41

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO
(cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente del plan)

Cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan

Si necesita ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO. Será un gusto ayudarle.

Método	Servicio de Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales. El Servicio de Atención al Cliente también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.
ESCRIBA A	Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO 929 Gessner Road Suite 1500 Houston, TX 77024
SITIO WEB	http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre la cobertura de su atención médica

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

cómo pedir decisiones sobre la cobertura de la atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta acerca de nuestro proceso de decisión sobre la cobertura.

Método	Decisiones sobre la cobertura de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.
FAX	(713) 338-6982
ESCRIBA A	Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO Medical Management 929 Gessner Road Suite 1500 Houston, TX 77024
SITIO WEB	http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión sobre la cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Apelaciones sobre atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.
FAX	(713) 338-5811
ESCRIBA A	Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO Appeals & Grievances 929 Gessner Road Suite 1500 Houston, TX 77024
SITIO WEB	http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una queja sobre su atención médica

Usted puede presentar una queja acerca de nosotros o de uno de los proveedores de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe ver la sección anterior acerca de cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Quejas sobre atención médica – Información de contacto
	El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.
FAX	(713) 338-5811
ESCRIBA A	Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus 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> Plus HMO directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos en los beneficios de la Parte D incluidos en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(866) 270-3877 Las llamadas a este número son gratuitas. Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Decisiones sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(855) 668-8552
ESCRIBA A	Memorial Hermann Health Plan c/o Navitus Health Solutions, LLC Attn: Prior Authorization P.O. Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center/part-d-coverage-determinations

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión sobre la cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene algún problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(866) 270-3877 Las llamadas a este número son gratuitas. Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atención las 24 horas del día, los 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/resource-center/part-d-appeals-and-grievances

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una queja por sus medicamentos recetados de la Parte D**

Usted puede presentar una queja acerca de nosotros o de una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe ver la sección anterior acerca de cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas de medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.
FAX	(713) 338-5811
ESCRIBA A	Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus 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> Plus HMO directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes**Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido**

Para más información sobre situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor, consulte 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 envía una solicitud de pago y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.
FAX	713-338-5188
ESCRIBA A	Memorial Hermann Health Plan ATTN: Claims Department - Member Reimbursement 929 Gessner Road, Suite 1500 Houston, Texas 77024
SITIO WEB	http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto de medicamentos recetados de la Parte D
LLAME AL	(866) 270-3877 Las llamadas a este número son gratuitas. Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atención las 24 horas del día, los 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/resource-center/part-d-coverage-determinations

SECCIÓN 2 Medicare

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

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad Renal en Etapa Terminal (personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contrato con organizaciones Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Medicare – Información de contacto
	Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, hogares de ancianos, médicos, organizaciones de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también dispone de información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas: • Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad para Medicare): Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. • Medicare Plan Finder (Buscador de planes Medicare): Provee información personalizada acerca de planes disponibles de medicamentos recetados de Medicare, planes médicos de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo</i> de lo que pueden ser sus costos de gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para enviarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO: • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, en su biblioteca local o en el centro para el adulto mayor lo pueden ayudar para que visite este sitio web por medio de las computadoras que tienen allí. O puede llamar a Medicare para indicarles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán a usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] las 24 horas del día,

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Medicare – Información de contacto
	los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) es independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros o con un plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a personas con Medicare.

Los consejeros del Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo con sus dudas y problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas acerca de su atención o tratamiento médico, y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) también pueden ayudarle a entender sus opciones de planes Medicare y a responder preguntas sobre cambios de plan.

Método	Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) (Texas SHIP)
LLAME AL	(800) 252-9240 o (800) 252-3439
TTY	(800) 735 2989: Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin, Texas 78714-9104
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad
(la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

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

La KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que son pagados por el gobierno federal. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude 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 acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital termina demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de atención médica en el hogar, del centro de servicios de enfermería especializada o del Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) termina demasiado pronto.

Método	KEPRO: (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas)
LLAME AL	(888) 315-0636 (833) 868-4060 (fax) Horario de atención de la línea de ayuda: De lunes a viernes: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Este, del Centro y de la Montaña Fines de semana y días festivos: de 11:00 a.m. a 3:00 p.m., hora del Este, del Centro y de la Montaña
TTY	(855) 843-4776 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/bene/statepages/texas/

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes**SECCIÓN 5 Seguro Social**

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años o más o que tienen una discapacidad o enfermedad renal terminal y cumplen con ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social se encarga del proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto extra por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso superior. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le dice que debe pagar un monto extra y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos bajaron a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que se reconsidere su caso.

Es importante llamar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 am a 7:00 pm de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 am a 7:00 pm de lunes a viernes.
SITIO WEB	http://www.ssa.gov

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes**SECCIÓN 6 Medicaid**

(un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos)

Medicaid es un programa gubernamental conjunto, federal y estatal, que ayuda con costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también reúnen las condiciones para Medicaid.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, tales como la prima. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas y otras distribuciones de costos (por ejemplo, deducibles, coseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con bajo ingreso 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 calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas discapacitadas y que están trabajando (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 de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto
LLAME AL	(800) 252-8263 (512) 424-6500 El horario de atención es de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.
TTY	(512) 424-6597 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Commission Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd. Austin, Texas 78751-2316

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

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

Programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados a personas que tengan ingresos y recursos limitados. 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 recetados de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. Esta “Ayuda Adicional” también se contabiliza para los gastos de bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden reunir los requisitos para el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help). Algunas personas califican automáticamente para obtener “Ayuda Adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare les envía una carta a las personas que automáticamente reúnen los requisitos para participar del programa.

Es posible que pueda obtener “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar los costos y las primas de los medicamentos recetados. Para verificar 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, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- La Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si piensa que ha reunido los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” y cree que está pagando un monto de distribución de costos incorrecto cuando obtiene su receta en la farmacia, hemos establecido un proceso para nuestro plan que le permite solicitar ayuda para obtener la evidencia de su nivel de copago apropiado, o, si ya tiene la evidencia, para que pueda proporcionárnosla.

- Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluye el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento del estado que confirme su estado activo en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una copia impresa del archivo electrónico del estado que demuestra su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una impresión de pantalla del sistema Medicaid del estado que demuestra su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

- Otra documentación del estado que demuestra su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una carta de la SSA (Administración del Seguro Social) que demuestra que la persona recibe SSI (Ingresos de Seguridad Suplementaria).
- Una solicitud presentada por Considerado Elegible que confirma que el beneficiario es “automáticamente elegible para ayuda adicional”. (Publicación de la SSA HI03094.605)
- Cuando recibimos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizamos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta médica en la farmacia. Si paga más que el monto de su copago, le haremos un reembolso. Podemos enviarle un cheque por el monto que pagó de más o podemos compensarle copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y estos copagos representan un pago que usted debe a la farmacia, nosotros podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagar directamente al estado. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare

El Programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante en los medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que llegaron a la Etapa sin cobertura y que no reciben la “Ayuda Adicional”. Para medicamentos de marca, el descuento del 70% proporcionado por los fabricantes excluye cualquier cargo de despacho por costos en el periodo de interrupción en cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte del cargo de despacho para los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa sin cobertura, aplicaremos el descuento en forma automática cuando la farmacia le facture el medicamento recetado, y la Explicación de Beneficios de la Parte D (“Part D EOB”) mostrará los descuentos brindados. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante cuentan hacia los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado ese monto y lo desplazará a lo largo del periodo de interrupción en cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no se aplica a sus gastos de bolsillo.

También recibe un porcentaje de cobertura para medicamentos genéricos. Si llega a la Etapa sin cobertura, el plan paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se tiene en cuenta para los gastos de bolsillo. Solamente el monto que usted pague cuenta y pasa hacia la Etapa sin cobertura. Además, se incluye el cargo de despacho como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre los descuentos disponibles en los medicamentos que toma o sobre el Programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Si está inscrito en el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en otro programa que brinda cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea el programa de “Ayuda Adicional” [Extra Help]), continúa recibiendo el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. También, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en la Etapa sin cobertura. Este descuento del 70% y del 5% que paga el plan se aplica tanto al precio del medicamento antes de cualquier cobertura del SPAP como para otra cobertura.

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas con VIH/SIDA que reúnen los requisitos para ADAP a tener acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia en la distribución de costos en recetas a través del Programa de Medicación para el VIH de Texas (THMP). Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia en el Estado y la condición de SIDA, bajos ingresos según lo defina el Estado, y estatus de no asegurado o asegurado.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar brindándole asistencia para la distribución de costos por medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario ADAP. Para asegurarse de que continúa recibiendo asistencia, notifiquele a su trabajador local de inscripción en el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) acerca de cualquier cambio en su nombre de plan o número de póliza de la Parte D de Medicare. Si tiene alguna duda o necesita asistencia para completar una solicitud para el Programa de Medicación para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP), llame gratis al (800) 255-1090.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame gratis al Programa de Medicación para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP) al número (800) 255-1090.

¿Qué sucede si usted recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados? ¿Obtiene los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help), usted ya obtiene cobertura para los costos de los medicamentos recetados durante la Etapa sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y considera que debería obtenerlo?

Si considera que ha alcanzado la Etapa sin cobertura y no obtuvo un descuento al pagar por sus medicamentos de marca, debe consultar su próxima notificación de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe contactarnos para asegurarse de que sus registros de recetas están correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo con que le debemos un descuento, puede apelar. Su Programa

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Estatad de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) puede ayudarle a presentar una apelación (los números de teléfono aparecen en la Sección 3 de este Capítulo), o 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.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) que ayudan a ciertas personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, su edad, su afección médica o discapacidad. Cada estado cuenta con normas diferentes para ofrecer la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica son: el Programa de Salud Renal de Texas (KHC) y el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para VIH de Texas (SPAP).

Método	Programa de Salud Renal de Texas y Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para VIH de Texas (SPAP) – Información de contacto
LLAME AL	(800) 222-3986 para el Programa de Salud Renal de Texas El horario de atención es de 8 a. m. a 5 p. m., hora central, de lunes a viernes. (800) 255-1090 para el Programa de Asistencia Farmacéutica para VIH de Texas (Pharmacy Assistance Program, SPAP) El horario de atención es de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Kidney Health Care Program Department of State Health Services P.O. Box 149347, MC 1938 Austin, TX 78714-9347 Correo electrónico: khc@hhsc.state.tx.us Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para VIH de Texas (SPAP) DSHS HIV/STP Program P.O. Box 149347 Austin, Texas 78714-9347
SITIO WEB	Programa de Salud Renal de Texas https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para VIH de Texas (SPAP)

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Programa de Salud Renal de Texas y Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para VIH de Texas (SPAP) – Información de contacto
	https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para 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 tiene preguntas con respecto a los beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe los servicios de Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board), es importante informarles si se muda o si cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) los días 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 acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a información grabada, las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su grupo del empleador (o del de su cónyuge) o del grupo de jubilación como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador/

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

sindicato o al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge). (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto). 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 en virtud de este plan.

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

CAPÍTULO 3

*Cómo usar la cobertura
del plan para sus
servicios médicos*

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos**Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos**

SECCIÓN 1	Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan	46
Sección 1.1	¿Qué son los "proveedores de la red" y "servicios cubiertos"?	46
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan	46
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica	47
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica	47
Sección 2.2	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	48
Sección 2.3	Cómo recibir atención de los proveedores fuera de la red	49
SECCIÓN 3	¿Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tiene una emergencia o necesidad de atención urgente o durante un desastre?	50
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	50
Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia	51
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre	52
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	52
Sección 4.1	Puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos	52
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total	52
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un "estudio de investigación clínica"?	53
Sección 5.1	¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?	53
Sección 5.2	Si participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	54

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud”	55
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?	55
Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	55
SECCIÓN 7	Normas para ser propietario del equipo médico duradero	56
Sección 7.1	¿Será suyo el equipo médico duradero después de realizar un cierto número de pagos bajo nuestro plan?	56
SECCIÓN 8	Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno	57
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	57
Sección 8.2	¿Cuál es su distribución de costos? ¿Cambiará después de 36 meses?	57
Sección 8.3	¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?	57

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber acerca de cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios y otra atención médica que el plan cubre.

Para obtener detalles sobre cuál atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe esta atención, utilice el Cuadro de Beneficios que se encuentra en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*).

Sección 1.1 ¿Qué son "proveedores de la red" y "servicios cubiertos?"

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener la atención y los servicios que tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

- **"Proveedores"** son médicos y otros profesionales de atención médica certificados por el estado para brindar 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 médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores proporcionen servicios a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor 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 y equipo que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4.

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

Al ser un plan de salud de Medicare, Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y debe cumplir con las normas de cobertura de Original Medicare.

Por lo general, Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red, quien le brinda atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- **Reciba su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o 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 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, usted puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Antes de buscar atención por esta situación, debe obtener una autorización del plan. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si obtuviese la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

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

¿Qué es un “PCP” y para qué le sirve?

Un PCP es su proveedor de atención primaria que está especializado en Medicina Familiar, Medicina General, Medicina Interna o Geriátrica. Un PCP es el proveedor de atención primaria que administra su atención médica general y coordina su atención junto con otros proveedores según sea necesario.

¿Cómo elige a su PCP?

Como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, si no seleccionó un PCP en el momento de la inscripción, debe elegir uno de nuestra red de proveedores contratados. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al número que aparece en el dorso de este folleto para indicar al Plan qué PCP eligió, o el Plan le puede asignar uno basado en su historial de reclamaciones que se encuentra en archivo. El plan o una persona designada puede comunicarse con usted por escrito o por teléfono después de la fecha de vigencia de su inscripción. Puede cambiar de PCP en cualquier

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

momento comunicándose con el Servicio de Atención al Cliente al número que aparece en el dorso de este folleto.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar el PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda dejar de participar en la red de proveedores de nuestro plan y tenga que encontrar un PCP nuevo.

Si desea cambiar de PCP, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente, donde un representante le asistirá con este cambio, que será efectivo inmediatamente. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 2.2 Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una parte del cuerpo o enfermedad específica. Existen muchos tipos de especialistas. Los siguientes son algunos ejemplos:

- 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.

Si bien le recomendamos encarecidamente que converse sobre su atención especializada con su PCP para coordinar su atención, no es necesario que obtenga un referido de su PCP para ver a un especialista.

Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Consulte su Directorio de Proveedores y nuestro sitio web para obtener información de los proveedores y especialistas que se encuentran en nuestra red.

Para algunos tipos de procedimientos o terapias, su PCP o Especialista puede necesitar obtener la aprobación previa de nuestro Plan (autorización previa). Revise el cuadro de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4 para consultar qué servicios puedan necesitar autorización previa.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan?

Podemos realizar cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen muchas razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Intentaremos avisarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe con la gestión de sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que eso sea así.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor acreditado para reemplazar al anterior o que la atención que recibe no es la apropiada, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista deja el plan, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a encontrar un nuevo proveedor para que gestione su atención.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro departamento de Servicio de Atención al Cliente. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 2.3 Cómo recibir atención de los proveedores fuera de la red

Este plan generalmente no ofrece cobertura para servicios recibidos de parte de proveedores fuera de la red. Sin embargo, usted podría recibir servicios de proveedores fuera de la red en casos de emergencia o de servicios de necesidad urgente fuera del área. Además, si tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y va a viajar fuera del área de servicio del plan, puede recibir servicios de diálisis como paciente ambulatorio de proveedores que no tengan contrato con el plan. Usted no es responsable de obtener autorización para estos servicios. Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, el proveedor debe participar en el programa Original Medicare o debe aceptar pagos de Medicare. En esta situación, se requiere autorización previa antes de que reciba estos servicios. El plan pagará por estos servicios lo mismo que pagaría si obtuviese la atención de un proveedor de la red.

Transición en la atención para nuevos miembros

Los nuevos miembros que se encuentren siguiendo un plan de tratamiento activo con un proveedor fuera de la red pueden continuar recibiendo estos servicios con ese proveedor con autorización del plan. El plan podría cubrir hasta 90 días de este plan de tratamiento o hasta que el tratamiento se pueda trasladar a un proveedor de la red cuando el plan lo autoriza. Para obtener autorización, comuníquese con el departamento de Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 3 ¿Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tiene una emergencia o necesidad de atención urgente 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 prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, pierda una extremidad o pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan pronto como le sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener primero una aprobación o un referido del PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de informar a nuestro plan su emergencia.** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar al (855) 645-8448 para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de 48 horas. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales.

¿Qué se cubre si tiene una emergencia médica?

Puede recibir cobertura de atención médica de emergencia en cualquier momento que la necesite, en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos o en todo el mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que acudir a la sala de emergencias en cualquier otro medio podría poner su salud en peligro. Para obtener más información, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, podemos hablar con los médicos que le estén brindando la atención de emergencia para ayudar a organizar y hacer un seguimiento de su atención. Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán el momento en el que su afección sea estable y concluya la emergencia médica.

Luego de que la emergencia médica haya terminado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para estar seguro de que su estado sigue siendo estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si recibe la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red se ocupen de su atención tan pronto como lo permitan su afección médica y las circunstancias.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar 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 fue una emergencia, siempre que haya sido razonable que usted considerara que su salud corría un riesgo grave, cubriremos su atención.

No obstante, luego de que el médico indique que *no* fue una emergencia, cubriremos el cuidado adicional *únicamente* si obtiene el cuidado adicional en una de estas dos formas:

- Usted visita a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- – o – La atención adicional que obtiene se considera que es una “atención que se necesita con urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esta atención que se necesita con urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué es la “atención que se necesita con urgencia”?

La “atención que se necesita con urgencia” es una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son de emergencia y requieren atención médica inmediata. La atención que se necesita con urgencia la puede proporcionar proveedores de la red, o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, el agravamiento inesperado de una afección que usted sabe que padece.

¿Qué sucede si está en el área de servicios del plan cuando tiene una necesidad de atención urgente?

Usted siempre debe tratar de obtener estos servicios de un proveedor de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente fuera de servicio o están inaccesibles y no es razonable esperar a obtener atención de un proveedor de la red cuando la red vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted obtenga de un proveedor que se encuentre fuera de la red.

Puede recibir atención de cualquier proveedor de atención de urgencia. Le recomendamos comunicarse con el consultorio de su PCP si necesita atención de urgencia. Si recibe los servicios de atención de urgencia en el consultorio de su médico, pagará el copago del consultorio; sin embargo, si recibe los servicios de atención de urgencia en un centro de atención de urgencia del plan, pagará el copago del centro de atención de urgencia, que podría ser mayor. Su plan cubre, sin costo para usted, visitas virtuales (video o teléfono) con Teladoc, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede registrarse o iniciar sesión en Teladoc en <https://www.teladoc.com/>. Si necesita ayuda para determinar a dónde ir, puede comunicarse con nuestra Línea de Enfermería al (713) 338-7979. Consulte el Capítulo 4, en el Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) para conocer el copago que aplica a los servicios que se brindan en el consultorio de un médico o en un proveedor de atención de urgencias.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos**¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad de atención urgente?**

Cuando esté fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá la atención que se necesita con urgencia que reciba de cualquier otro proveedor.

Nuestro plan cubre los servicios de atención urgente y de emergencia en todo el mundo, pero no cubre los servicios que no sean de emergencia si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

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

Por lo general, si durante un desastre no puede utilizar un proveedor de la red, su plan le permitirá obtener atención de proveedores que estén fuera de la red con la misma distribución de costos que se ofrece dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante el desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia que no pertenezca a la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información adicional.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?**Sección 4.1 Puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos**

Si pagó más de lo que le corresponde por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener más información sobre lo que debe hacer.

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

Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan (este cuadro aparece en el Capítulo 4 de este folleto) y que se obtengan según las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que nuestro plan no cubre, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y sin autorización.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Si tiene dudas con respecto a si pagaremos algún servicio o atención médica que desea recibir, tiene derecho a preguntarnos si tendrá cobertura antes de obtenerlos. Usted tiene derecho a pedir esto por escrito. Si decimos que no pagaremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) tiene más información sobre qué hacer si quiere una decisión sobre la cobertura de nuestra parte o quiere apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba luego de haber usado completamente el beneficio para este tipo de servicio cubierto. Una vez que se haya alcanzado el límite de beneficios, los costos que pague no se contabilizan para su gasto máximo de bolsillo. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente cuando desee saber qué parte del límite de beneficios ya ha usado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está 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. Ellos evalúan medicamentos o procedimientos de atención médica nuevos por medio de la búsqueda de voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio es una de las fases finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica admiten a los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Cuando Medicare aprueba el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el mismo y para ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos a cargo. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y entienda bien y acepte lo que se necesita si participa en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer 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 desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. *No* se requiere que los proveedores que proporcionen

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

su atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de los proveedores de la red de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto), para hacerles saber que participará en un ensayo clínico y averiguar detalles más específicos sobre lo que pagará el plan.

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

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estarán cubiertos los suministros y servicios que reciba como parte del estudio de investigación, entre ellos:

- Alojamiento y alimentación para una estancia en el hospital que Medicare pagaría incluso si no está en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones por la atención nueva.

Original Medicare paga la mayoría del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare paga la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre la distribución de costos en Original Medicare y su distribución de costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio como si recibiera estos servicios de nuestro plan.

A continuación, un ejemplo de cómo funciona esta distribución de costos: Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta \$100.

Asumamos también que su parte del costo para este examen es \$20 en Original Medicare, pero el examen sería \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el examen y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de su Resumen de Medicare u otros documentos que muestren cuáles servicios ha recibido como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando sea parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo enumerado a continuación:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo producto o servicio que el estudio esté probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* participa en un estudio.
- Productos y servicios que el estudio le da a usted o a cualquier participante en forma gratuita.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Productos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga para que se realicen tomografías computarizadas mensuales como parte del estudio si su afección médica normalmente solo requiere una.

¿Quiere saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica” (Medicare and Clinical Research Studies), en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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 obtener 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 proporciona atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de servicios de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de servicios de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura para que reciba atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Usted puede decidir si busca atención médica en cualquier momento, por cualquier razón. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica). Medicare únicamente pagará por los servicios de atención de la salud no médica proporcionados por instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de la salud.

Sección 6.2 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, de forma consciente, usted se opone a recibir tratamiento médico que “no está exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médicos que “no estén exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntario* y *no obligatorio*, según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos “exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos que es *no voluntario* o es *obligatorio*, según la legislación federal, estatal o local.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que recibe de nuestro plan está limitada a aspectos de atención *no religiosos*.
- Si esta institución le proporciona servicios en un centro, aplican las siguientes condiciones:
 - Debe sufrir de una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de servicios de enfermería especializada.
 - y debe obtener aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que se le admita en el centro o su estancia no estará cubierta.

Los límites de cobertura de hospitalización del plan se aplican a la atención recibida en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero

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

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos tales como equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será dueño de determinados artículos, tales como prótesis. En esta sección describimos otros tipos de DME que debe alquilar.

Según Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad luego de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, por lo general, usted no será propietario de artículos de equipo médico duradero alquilados, sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En ciertas circunstancias particulares, le transferiremos la propiedad del DME. Llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) para encontrar más información acerca de los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de que se pase a Original Medicare para poder ser dueño

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

del artículo. Los pagos que hizo mientras fue miembro de nuestro plan no se tienen en cuenta para estos nuevos 13 pagos consecutivos.

Si usted ha hecho menos de 13 pagos para el DME en Original Medicare *antes* de incorporarse a nuestro plan, sus pagos anteriores en Original Medicare tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que regrese a Original Medicare para poder ser dueño del artículo. No existen excepciones en este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare, entonces durante el tiempo que esté inscrito, Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO cubrirá los siguientes costos:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados con la administración de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si usted deja el plan Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO o ya no requiere médicamente equipos de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno se debe devolver al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su distribución de costos? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su distribución de costos por la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% cada mes.

Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito por 36 meses en Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO.

Si antes de inscribirse en Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, realizó 36 meses de pagos por la cobertura del alquiler de los equipos de oxígeno, su distribución de costos de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO es un coseguro del 20%.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Si vuelve al plan Original Medicare, iniciará un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado alquileres por equipos de oxígeno durante 36 meses antes de la

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

inscripción en Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, se une a Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO durante 12 meses y, luego, regresa a Original Medicare, pagará la distribución de costos total por la cobertura de equipos de oxígeno.

Del mismo modo, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO y, luego, vuelve a Original Medicare, usted pagará la distribución de costos total por la cobertura de los equipos de oxígeno.

CAPÍTULO 4

*Cuadro de Beneficios
Médicos (lo que está
cubierto y lo que usted
paga)*

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

SECCIÓN 1	Explicación sobre sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos	61
Sección 1.1	Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por sus servicios cubiertos	61
Sección 1.2	¿Cuánto es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos?	61
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen “facturas de saldo”	62
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de Beneficios Médicos</i> para conocer qué tiene cubierto y cuánto pagará	63
Sección 2.1	Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan	63
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	100
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	100

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**SECCIÓN 1 Explicación sobre sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos**

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y en lo que usted paga por sus beneficios médicos. Se incluye un Cuadro de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y le muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por sus servicios cubiertos

Para entender la información sobre los pagos que le damos en este capítulo, necesita conocer los tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los servicios cubiertos.

- El “**copago**” es un monto fijo que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre los copagos).
- El “**coseguro**” es el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted pagará un coseguro en el momento en que reciba el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre los coseguros).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) nunca debe pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su evidencia de Medicaid o elegibilidad de QMB a su proveedor, si corresponde. Si considera que se le pide pagar indebidamente, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.2 ¿Cuánto es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos?

Debido a que está inscrito en Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, hay un límite en cuanto al monto que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos que recibe dentro de la red y que nuestro plan cubre (consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). A este límite se le denomina monto máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, el monto máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red en el 2021 es de \$3,900.00. Los montos que paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos dentro de la red se contabilizan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. (Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo). Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de \$3,900.00, no tendrá que pagar gastos de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos que reciba dentro de la red. Sin embargo, debe seguir

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen “facturas de saldo”

Como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, una protección importante para usted es que solo deberá pagar su monto de distribución de costos cuando reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como “facturación de saldo”. Esta protección (por la cual nunca paga más de su monto de distribución de costos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si existe una controversia y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación, detallamos cómo funciona esta protección:

- Si la suma de distribución de costos es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted solo pagará ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si la suma de distribución de costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted obtiene un referido).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted obtiene un referido).
- Si usted cree que un proveedor le ha cobrado más de lo acordado, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**SECCIÓN 2 Use el Cuadro de Beneficios Médicos para conocer qué tiene cubierto y cuánto pagará****Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan**

El Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios que se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben proveerse según los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- Recibe su atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor de fuera de la red. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las cuales cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP, Primary Care Provider), quien le brinda atención médica y la supervisa.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene de parte nuestra la aprobación por adelantado (llamada algunas veces “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos con un asterisco.

Otros datos importantes que debe conocer acerca de su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. En el caso de otros, paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su guía *Medicare y Usted 2021*. Consúltela en Internet en <https://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo bajo Original Medicare, 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.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Algunas veces, Medicare agrega cobertura bajo Original Medicare para los servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante el 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una única exploración por ultrasonido para las personas en riesgo. El plan cubre estas pruebas de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido de su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para estas pruebas de detección preventivas.
Acupuntura para dolor crónico en la parte inferior de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte inferior de la espalda se define como: • aquel que dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está relacionado con una cirugía; y • no está relacionado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.	*Copago de \$25.00 por cada servicio de tratamiento de acupuntura cubierto por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no está mejorando o si presenta retroceso.	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro más cercano apropiado para brindar atención si se trata de un miembro para cuya afección médica se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o si está autorizado por el plan. • El transporte que no es de emergencia en ambulancia es apropiado si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte están contraindicados y, por tanto, el transporte en ambulancia es médicamente requerido.*	• Copago de \$250.00 por los servicios de ambulancia terrestre para un viaje de ida cubiertos por Medicare. • Copago de \$250.00 por los servicios de ambulancia aérea para un viaje de ida cubiertos por Medicare.
 Visita anual de bienestar Si hace más de 12 meses que tiene la Parte B, puede realizar una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y factores de riesgo. Esta visita está cubierta una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no se puede llevar a cabo dentro del periodo de 12 meses a partir de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por la visita anual de bienestar.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 Densitometría ósea Para las personas que califican (generalmente, son personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de la pérdida de masa ósea o determinación de la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte de un médico.	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.
 Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años y mayores • Exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por mamografías cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los miembros que cumplen con ciertas condiciones y tienen la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	•\$25.00 de copago por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial y le dé sugerencias para asegurarse de que usted consume alimentos saludables.	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por el beneficio de terapia del comportamiento intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
 Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o alteraciones asociadas a un alto riesgo de tener enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.
 Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y tuvo un examen de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses.	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación.	•\$20.00 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de colon Los siguientes servicios están cubiertos para personas de 50 años o más: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen de detección del cáncer colorrectal basado en el ADN cada 3 años Para las personas con riesgo elevado de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tienen riesgo elevado de tener cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia de detección	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su proveedor realiza procedimientos de diagnóstico o quirúrgicos adicionales (por ejemplo, extirpación de pólipos, biopsia de tejidos), o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas durante la misma visita, entonces la distribución de costos apropiada se aplica para esos servicios prestados durante esa visita.
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como la limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos: Los siguientes servicios preventivos: • Examen bucal • Radiografías dentales • Profilaxis (limpiezas) Los siguientes servicios integrales:	<u>Servicios preventivos:</u> Copago de \$0.00 para: • Examen bucal cada seis meses • Radiografías dentales cada seis meses • Limpieza cada seis meses <u>Servicios integrales:</u> Deducible \$50.00 Beneficio máximo anual del plan: \$1500.00

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
• Diagnóstico • Endodoncia • Restauración • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otra cirugía oral o maxilofacial y otros servicios • Servicios no rutinarios Para obtener más información sobre sus beneficios dentales, consulte el anexo de beneficios de Delta Dental o comuníquese con ellos al 1-888-845-6023.	• Copago de \$50 por los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare. • 0% de coseguro por servicios de diagnóstico. • 20% de coseguro por servicios de restauración. • 20% de coseguro por endodoncia. • 20% de coseguro por periodoncia. • 20% de coseguro por extracciones. • 50% de coseguro por prostodoncia, otra cirugía oral o maxilofacial y otros servicios. • Copago de \$0 por servicios no rutinarios.
 Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. El examen debe ser llevado a cabo en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referidos.	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por la visita anual de prueba de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos estas pruebas de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayuno) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que las pruebas también tengan cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. Si su proveedor realiza procedimientos de diagnóstico o quirúrgicos adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas durante la misma visita, se aplicará la distribución de costos correspondiente a esos servicios prestados durante esa visita.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (ya sean insulín dependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para supervisar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones de 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 (incluso las plantillas que se proporcionan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles estándar que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	• 0% del costo para marcas preferidas de suministros diabéticos (medidores y tiras reactivas) cuando son dispensadas en farmacias de la red. • 20% del costo para marcas no preferidas de suministros diabéticos (medidores y tiras reactivas). • 20% del costo para suministros diabéticos a los que tuvo acceso en redes sin farmacia (es decir, proveedores de equipo médico duradero (DME)). • \$0.00 de copago por capacitación para el automanejo de la diabetes cubierta por Medicare. • 20% del costo por calzado o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos sintetizadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.	• 20% el costo del equipo médico duradero cubierto por Medicare. • Se requiere autorización previa solo para artículos de más de \$ \$500.00. • 20% del costo de medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare, incluidas las inyecciones para la alergia. • Se requiere autorización previa solo para artículos de más de \$1,000.00.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no utiliza una marca o un fabricante específico, puede preguntar si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/.	
Atención de emergencia Atención de emergencia hace referencia a los servicios que: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, pierda una extremidad o pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente. La distribución de costos para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es la misma que para tales servicios proporcionados dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo.	• Copago de \$90.00 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. • Copago de \$90.00 por servicios de emergencia en todo el mundo. • Copago de \$250.00 por servicios de transporte de emergencia en todo el mundo. Si es admitido en el hospital dentro de las 48 horas posteriores a su visita de atención de emergencia, el copago de atención de emergencia no se aplica. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia ha sido estabilizada, usted debe recibir dicha atención en un hospital fuera de la red que esté autorizado por el plan, y el costo que deberá pagar corresponderá a la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.
 Programas de educación sobre salud y bienestar Incluye los programas a continuación:	• Copago de \$0.00 por el examen físico anual integral.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
• Examen físico completo anual • Línea de Enfermería (24 horas del día, 7 días de la semana): Nuestro plan ofrece atención de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana • Visitas virtuales • Membresía en un centro de acondicionamiento físico: Existen nuevas y entretenidas maneras de ponerse en forma y mantenerse saludable. El programa Silver&Fit incluye: • Ser un miembro en un gimnasio o centro de ejercicios Silver&Fit que participa en el programa básico de Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO sin ningún costo para usted. Puede elegir comprar servicios adicionales de mejora. Comuníquese con su centro de ejercicios. • El programa Silver&Fit Home Fitness si no puede ir al centro de acondicionamiento físico o prefiere hacer sus rutinas en casa. • Clases de Envejecimiento saludable (en línea o DVD) • El boletín informativo Silver Slate® 4 veces al año • El sitio web Silver&Fit • Una línea directa gratuita para responder las preguntas acerca del programa En toda el área debe usarse la ubicación disponible del club de acondicionamiento físico contratado. Las ofertas de clases específicas varían de una ubicación a otra.	• Copago de \$0.00 por los servicios de la línea de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de la línea telefónica gratuita de enfermería especializada. • Copago de \$0.00 por consultas telefónicas a médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, disponibles en todo el país a través de Teledoc. • Copago de \$0.00 por consultas virtuales a través de Memorial Hermann; el horario es limitado. Disponible en todo Texas. • Copago de \$0.00 por programas de Acondicionamiento Físico a través del programa de kit de ejercicios en el hogar.
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor para	• Copago de \$0.00 por el examen básico de audición y de equilibrio llevado a cabo por un médico de atención primaria.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado. El plan también cubre audífonos y evaluaciones para el ajuste del audífono.	• Copago de \$10.00 por el examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio realizado por un audiólogo. • Copago de \$50.00 por el examen de audición anual cubierto por Medicare. • Beneficio anual de \$400.00 para la compra de audífonos.
 Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos: • Hasta un máximo de tres exámenes diagnósticos durante un embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles por pruebas de detección de VIH cubiertas por Medicare.
Atención de una agencia de atención médica en el hogar Antes de recibir servicios de atención médica en el hogar, su médico debe certificar que usted lo necesita y le solicitará a una agencia de atención médica en el hogar que le brinde sus servicios. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que quiere decir que salir de su hogar requiere un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:	• *Copago de \$0.00 por cada visita de atención médica en el hogar cubierta por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
• Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa, de medio tiempo o intermitentes (Para estar cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar combinados deben sumar un total menor que 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	
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio incluye la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • La capacitación y educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipos médicos duraderos. • Monitoreo remoto.	• 20% de coseguro por la terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión a domicilio y de medicamentos para infusión a domicilio de parte de un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio.	
Atención en un centro para enfermos terminales Puede recibir atención en cualquier programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para obtener el beneficio de un centro para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro le hayan proporcionado un pronóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad toma su curso normal. Su médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: - Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor - Atención de relevo de corto plazo - Atención en el hogar <u>Para los servicios del centro para enfermos terminales y para los servicios que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (y no nuestro plan) pagará los servicios del centro para enfermos terminales y cualquier servicio de las Partes A y B relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa para enfermos terminales, su proveedor del centro para enfermos terminales le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga.	Cuando se inscribe en un programa para enfermos terminales certificado por Medicare, sus servicios para enfermos terminales y servicios de las Partes A y B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Para los servicios que estén cubiertos por las <u>Partes A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal</u>: Si usted necesita servicios que no son de urgencia ni de emergencia que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto de distribución de costos del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga la distribución de costos según las tarifas por servicio de Medicare (Original Medicare). Para los servicios que están cubiertos por <u>Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO</u>, pero <u>que no están cubiertos por las Partes A ni B de Medicare</u>: Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A ni B, más allá de que estén o no relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto de distribución de costos de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si desea obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5. (<i>Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare</i>). Nota: Si necesita atención que no es de un centro para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal),	

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	
 Inmunizaciones Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe (en otoño e invierno), pero con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la Hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de adquirir Hepatitis B • Otras vacunas si está en riesgo y cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Cubrimos también algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por las vacunas contra la neumonía, la gripe y la Hepatitis B.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye enfermos agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otro tipo de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que es admitido formalmente al hospital por indicación médica. El día anterior al día del alta se considera su último día como paciente internado. Días ilimitados por cada periodo de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)	*Por cada hospitalización cubierta por Medicare: • Días 1 a 6: copago de \$290.00 por día. • Días 7 a 90: copago de \$0.00 por día. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red luego de que su afección de emergencia esté estable, su costo es la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
• Alimentación, incluso dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial (tal como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Exámenes de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla-lenguaje • Servicios para tratar el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • 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.	

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
• Sangre: incluido el almacenaje y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados comienza solamente desde la cuarta pinta de sangre que usted necesite; usted debe pagar ya sea los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario u obtener la sangre por donación suya o de alguien más. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza. • Servicios de médicos Nota: Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarle al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aun si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es paciente interno o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Consulte esta hoja de datos en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Atención de la salud mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de la salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención de la salud mental para pacientes internados.	*Por cada hospitalización cubierta por Medicare: • Días 1 a 6: copago de \$290.00 por día. • Días 7 a 90: copago de \$0.00 por día.
Hospitalizaciones: Servicios cubiertos que se reciben en un hospital o en un SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras se encuentra en el hospital o en el Centro de Enfermería Especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones	Usted paga el 100% de los cargos de la institución por una hospitalización no cubierta o una internación en un Centro de Enfermería Especializada (SNF). Los copagos o coseguros correspondientes por servicios para pacientes ambulatorios se aplican a los Servicios cubiertos por Medicare y suministros que usted reciba durante una internación no cubierta en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Consulte los costos de los servicios para pacientes ambulatorios más adelante.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
• Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que remplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluido 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	
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón), pero que no se dializan, o luego de un trasplante de riñón cuando el médico lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en el que recibe servicios de terapia nutricional médica con cobertura de Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del MDPP serán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles de todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que proporciona una capacitación práctica a largo plazo en las estrategias de resolución de problemas, aumento en la actividad física y cambios en la dieta para superar los desafíos para una pérdida de peso continua y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio de MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos en la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente externo de hospital o de centro quirúrgico para pacientes ambulatorios • Medicamentos que se administran al utilizar equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se administra usted mismo con una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante del órgano	• 20% del costo por medicamentos de la Parte B cubiertos por la Parte B de Medicare (Original Medicare). • 20% del costo por medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B. • 20% del costo por medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare, incluidas las inyecciones para la alergia. Se requiere autorización previa para medicamentos de la Parte B de más de \$1,000.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
• Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que está relacionada con una 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 el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit[®], Epogen[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria Además, cubrimos algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y de la Parte D. En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, que incluye las normas a seguir para recibir la cobertura de sus recetas. El monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se describe en el Capítulo 6.	
 Prueba de detección de obesidad y terapia para favorecer la pérdida estable de peso Si usted presenta un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, en donde puede coordinarse con su plan	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por pruebas preventivas de detección de obesidad y terapia.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información.	
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de opioides están cubiertos en la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de opioides agonistas y antagonistas y el despacho y la administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento por abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas	• *Copago de \$40.00 por los servicios de visita al consultorio del médico cubiertos por Medicare. Por cada hospitalización cubierta por Medicare como paciente internado: • Días 1 a 6: copago de \$290.00 por día. • Días 7 a 90: copago de \$0.00 por día.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales del técnico • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio	• Copago de \$10.00 por cada radiografía cubierta por Medicare. • Copago de \$25.00 por cada visita de radioterapia cubierta por Medicare. • *Copago de \$200.00 por cada servicio de radiología diagnóstico cubierto por Medicare. • 20% del costo por suministros médicos cubiertos por Medicare. • Copago de \$0.00 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. • Copago de \$0.00 por servicios de transfusión de sangre cubiertos por Medicare. • Copago de \$75.00 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
• Sangre: incluido el almacenaje y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados comienza solamente desde la cuarta pinta de sangre que usted necesite; usted debe pagar ya sea los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario u obtener la sangre por donación suya o de alguien más. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, estos deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias, y el personal del hospital por las leyes para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de	• Copago de \$300.00 por cada visita a un centro de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
si es considerado paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!” Consulte esta hoja de datos en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de diagnóstico y laboratorios facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital	• *Copago de \$300.00 por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. • Copago de \$300.00 por cada visita a un centro de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. Para información detallada acerca de la distribución de costos para los servicios detallados en la sección Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, consulte la sección específica de Servicios de este Cuadro de Beneficios.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
• Suministros médicos tales como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es considerado paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Consulte esta hoja de datos en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, enfermero profesional, médico auxiliar u otro profesional de la atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes vigentes en el estado.	•\$40.00 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare, llevada a cabo por un profesional no médico. •\$40.00 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare, llevada a cabo por un profesional no médico. •\$40.00 de copago por cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare. •\$40.00 de copago por cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en varios centros para pacientes ambulatorios, como los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes y los Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).	• \$25.00 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. • \$25.00 de copago por cada visita de terapia física y/o del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Servicios no residenciales indicados para el tratamiento de dependencia de drogas o alcohol, sin el uso de farmacoterapias. Los servicios pueden incluir servicios ambulatorios intensivos (atención de todo el día durante varios días), así como la orientación tradicional (una o varias horas al día, por lo general semanal o quincenalmente).	• Copago de \$50.00 por las visitas de terapia grupal cubiertas por Medicare. • Copago de \$50.00 por las visitas de terapia individual cubiertas por Medicare.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria Nota: Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente ambulatorio o internado. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos por la cirugía ambulatoria. Aun si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”.	• *Copago de \$175.00 por cada servicio de un centro de cirugía ambulatoria cubierto por Medicare. • *Copago de \$300.00 por cada visita de cirugía en el hospital como paciente ambulatorio.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de hospitalización parcial La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de la salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización para pacientes internados.	• *Copago de \$50.00 por los servicios del programa de internación parcial cubiertos por Medicare.
Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica que sean médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico certificado para pacientes ambulatorios, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico • Servicios de telemedicina para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal con sede en un hospital o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular agudo	• \$0.00 de copago por cada visita a un médico de atención primaria cubierta por Medicare. • \$20.00 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare. • Copago de \$0.00 por cada servicio de telemedicina cubierto por Medicare, brindado por un médico de atención primaria o un médico especialista. La distribución de costos por servicios de un médico o profesional de la salud es específica de los servicios profesionales cubiertos que se han proporcionado.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si: ◦ Usted no es un paciente nuevo y ◦ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ El control no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o en una cita disponible lo antes posible. • Evaluación del video o de las imágenes que le envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico horas después si: ◦ Usted no es un paciente nuevo y ◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o en una cita disponible lo antes posible. • Consulta que su médico hace a otros médicos por teléfono, internet o registros de salud electrónicos si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad neoplásica maligna o servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico)	

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	•\$25.00 de copago por cada visita cubierta por Medicare.
 Pruebas de detección del cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por una prueba anual de PSA.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen toda o una parte o una función 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 determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o sustitución de los dispositivos protésicos. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas - consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.	•20% del costo por cada dispositivo protésico u ortopédico cubierto por Medicare y suministros relacionados. •Se requiere autorización previa solo para artículos de más de \$1,000.00.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas de rehabilitación pulmonar integrales para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.	• \$25.00 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
 Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluso para mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes de él. Si se confirma su abuso del alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones de asesoramiento personal por año (si es competente y presta atención durante la sesión) provistas por un médico de atención primaria autorizado o por un profesional en un centro de atención primaria.	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por el beneficio de atención preventiva de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubiertas por Medicare.
 Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés) Para las personas elegibles, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen historial de consumo de tabaco de al menos 30 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una LDCT durante la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de	No tiene que pagar copago, coseguro ni deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Medicare para dichas visitas y que la realiza un médico o un especialista no médico cualificado. <i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón LDCT después de la detección LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para someterse a pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser proporcionada durante una visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden proporcionar una visita de asesoramiento 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 con los criterios de Medicare para estas visitas.	
 Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (Sexual Transmitted Infections, STI) y asesoramiento para evitar las STI Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y determinadas personas que tienen mayor riesgo de contraer una infección de transmisión sexual cuando las pruebas son solicitadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo. Además, cada año, cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si están	No tiene que pagar coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de las pruebas de detección y el asesoramiento para las STI cubiertas por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
provistas por un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como la oficina de un médico.	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • 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 en etapa IV que son referidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de forma vitalicia. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio, según lo que se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se le admite como un paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Autocapacitación para diálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando es necesario, visitas por parte de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua) Algunos medicamentos para la diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más	• 20% del costo por cada tratamiento de diálisis renal como paciente ambulatorio cubierto por Medicare. Incluye el tratamiento en casa y en los centros de diálisis. • \$0.00 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.	
Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, Skilled Nursing Facility) (Para obtener una definición de “atención en un Centro de Enfermería Especializada”, consulte el Capítulo 12 de este folleto. Algunas veces, los Centros de Enfermería Especializada se denominan “SNF”). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las 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 se encuentran en forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación). • Sangre: incluido el almacenaje y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados comienza solamente desde la cuarta pinta de sangre que usted necesite; usted debe pagar ya sea los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario u obtener la sangre por donación suya o de alguien más. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza.	• *Días 1 a 20: copago de \$0.00 por día. • *Días 21 a 100: copago de \$150.00 por día.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
• Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente proporcionan los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF • Servicios del Médico/Profesional Por lo general, recibirá su atención de un SNF de los centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar en distribución de costos de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de convalecencia o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que provea atención de un Centro de Enfermería Especializada) • Un SNF donde su cónyuge vive en el momento que salga del hospital	
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco) <u>Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</u> Cubrimos dos asesoramientos para intentar abandonar el tabaco en un periodo de 12 meses, como servicio preventivo sin costo para usted. Cada asesoría para intentar abandonar el tabaco incluye hasta cuatro visitas personales.	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por los beneficios preventivos de servicios para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o toma medicamentos cuyo efecto pueda verse afectado por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de asesoría para abandonar el tabaco. Cubrimos dos asesoramientos para intentar abandonar el tabaco en un período de 12 meses; sin embargo, pagará la distribución de costos aplicable. Cada asesoría para intentar abandonar el tabaco incluye hasta cuatro visitas personales.	
Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) La SET está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD) y que tengan un referido para PAD del médico responsable del tratamiento con PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico. • Suministrarse por personal auxiliar calificado, necesario para asegurar que los beneficios superen los daños, que esté adiestrado en terapia de ejercicios para PAD.	• Copago de \$25.00 por cada SET cubierta por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica que debe estar adiestrado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones por 12 semanas, para un total de 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Atención que se necesita con urgencia La atención que se necesita con urgencia se brinda para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son de emergencia, pero que requieren atención médica inmediata. La atención que se necesita con urgencia la puede proporcionar proveedores de la red, o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles. La distribución de costos para la atención que se necesita con urgencia que ha sido suministrada fuera de la red es la misma que para esa atención suministrada dentro de la red. Esta cobertura es mundial y no está limitada a los Estados Unidos.	• Copago de \$35.00 por cada visita aprobada por Medicare a un centro de atención de urgencia o clínica de atención sin necesidad de cita (Walk-in Clinic). • Copago de \$35.00 por servicios de urgencia en todo el mundo. • Copago de \$0.00 por servicios de telemedicina que se necesitan con urgencia cubiertos por Medicare. Clínica de salud en establecimiento minorista (clínica de atención sin necesidad de cita o Walk-in): una clínica que trata ciertas afecciones comunes que no son de emergencia, como infecciones sinusales o infecciones de las vías respiratorias superiores, infecciones de la vejiga, faringitis estreptocócica, conjuntivitis u orzuelos, lesiones menores, como quemaduras y brotes, y afecciones de la piel, como eczema. Una clínica puede estar integrada por un enfermero profesional con licencia o un asistente médico, que puede escribir una receta, si es necesario, además de un médico, contratado por la clínica, que está de guardia, disponible para hablar con el enfermero profesional si este necesita hacerle una consulta o si surge una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento de la degeneración macular senil. Original Medicare no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de tener glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos que tienen 50 años o más e hispanoamericanos que tienen 65 años o más. • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de un 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).	• \$0.00 de copago por prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare. • Copago de \$50.00 por servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare. • La necesidad quirúrgica y no quirúrgica de anteojos o lentes de contacto tiene una asignación anual de \$200.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” única. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), así como referidos para otra atención de ser necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” solamente durante los primeros 12 meses en los que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, indique en el consultorio de su médico que desea programar una cita para su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.	No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, este plan no los cubre. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no lo cubre.

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

Si usted recibe beneficios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos de su bolsillo. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en el cuadro a continuación, excepto bajo las condiciones específicas que se indican. Solo hay una excepción: pagaremos si un servicio del siguiente cuadro se encuentra bajo apelación para que sea considerado un servicio médico que deberíamos pagar o cubrir debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar a nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios están especificadas en el Cuadro de Beneficios o en el siguiente cuadro.

Los servicios excluidos no tienen cobertura, incluso si se reciben en un centro de emergencias, y nuestro plan no los pagará.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo a las normas de Original Medicare	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos y equipos y medicamentos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínico aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital		✓ Con cobertura solo cuando sea médicamente necesario.
Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	✓	
Cuidado de enfermería a domicilio a tiempo completo	✓	
*La atención de custodia es la atención que se brinda en un hogar de convalecencia, un centro de cuidados para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención especializada, médica o de enfermería.	✓	
Servicios domésticos (incluyen asistencia básica en el hogar, como actividades livianas de	✓	

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
limpieza o preparación de comidas)		
Las tarifas impuestas por parientes directos o miembros de su familia	✓	
Cirugías o procedimientos cosméticos		✓ • Están cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo. • Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción para un seno después de la mastectomía, así como también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
Atención quiropráctica de rutina		✓ Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Cuidado de rutina de los pies		✓ Se proporcionan ciertas coberturas de acuerdo a las directrices de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Envío de comida a domicilio	✓	
Calzado ortopédico		✓ Si los zapatos forman parte de un aparato para las piernas y están incluidos en el costo del aparato, o el calzado está destinado a quienes padecen de enfermedades en los pies ocasionadas por la diabetes.
Dispositivos de apoyo para los pies		✓

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
		Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen de enfermedades en los pies ocasionadas por la diabetes
Exámenes auditivos rutinarios, prótesis auditivas o exámenes para adaptar las prótesis auditivas		✓
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de ayuda para la vista deficiente		✓ Están cubiertos el examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministro de medicamentos anticonceptivos sin receta	✓	
Acupuntura		✓ Acupuntura para dolor crónico en la parte inferior de la espalda
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos)	✓	

*La atención de custodia es la atención personal que no exige la atención continua de personal médico o paramédico especializado, y que se brinda para ayudarle con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

*Cómo usar la cobertura
del plan para obtener sus
medicamentos recetados
de la Parte D*

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	108
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D	108
Sección 1.2	Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	109
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan	109
Sección 2.1	Para que su receta médica esté cubierta, utilice una farmacia de la red	109
Sección 2.2	Cómo buscar farmacias de la red	110
Sección 2.3	Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan	111
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	112
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?	113
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	114
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	114
Sección 3.2	Existen seis (6) “niveles de distribución de costos” para los medicamentos de la Lista de medicamentos	115
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	116
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	116
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	116
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	117
Sección 4.3	¿Aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?	118

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?	118
Sección 5.1	Existen procedimientos que puede realizar si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto	118
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?	119
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que cree que es demasiado alto?	121
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	121
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	121
Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?	122
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	124
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	124
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica	126
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	126
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de membresía con usted?	126
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	126
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de enfermería especializada por una hospitalización que está cubierta por el plan?	126
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?	127
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan de grupo de jubilados?	127
Sección 9.4	¿Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?	128

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	129
Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad	129
Sección 10.2	Programa de Administración de la terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	129

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D



¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura sobre el costo de medicamentos recetados de la Parte D* podría no aplicarse a usted.** Le hemos enviado un documento separado llamado “Anexo de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados” (que también se conoce como el “Anexo de subsidio por ingresos bajos” o el “Anexo LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibe este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el “LIS Rider”. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D
--------------------	--

Este capítulo **explica las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** El próximo capítulo describe qué paga usted por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de la cobertura de los medicamentos de la Parte D, Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO también cubre algunos medicamentos dentro de los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que usted recibe durante una internación cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre algunos medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectados durante una visita médica y los suministrados en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*) describe los costos y beneficios de los medicamentos durante una internación cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada, así como los costos y beneficios de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en un centro para enfermos terminales de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y los medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal y sus enfermedades relacionadas, y que, por lo tanto, no están cubiertos por los beneficios de centros para enfermos terminales de Medicare. Si desea obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?*). Para más información acerca de la cobertura de centros para enfermos terminales, consulte la sección

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

sobre los centros para enfermos terminales en el Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*).

Las secciones siguientes describen la cobertura de sus medicamentos bajo las reglas de los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta médica.
- El profesional que receta deberá aceptar Medicare o bien presentar documentación a CMS que demuestre que está calificado para emitir recetas médicas, o se le negará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que se comuniquen o que vaya a una consulta, debe preguntar a las personas que emiten recetas médicas si cumplen con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que receta envíe la documentación necesaria para que se procese.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o que está respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan

Sección 2.1 Para que su receta médica esté cubierta, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

Una farmacia de la red es aquella que cuenta con un contrato con nuestro plan para ofrecerle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamento cubierto” hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen distribución de costos estándar y farmacias que ofrecen distribución de costos preferidos. Puede ir a cualquier tipo de farmacia de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Su distribución de costos puede ser menor en farmacias con distribución de costos preferidos.

Sección 2.2 Cómo buscar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de Farmacias*, visitar nuestra página web (<http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>) o llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Sin embargo, sus costos pueden ser incluso menores para sus medicamentos cubiertos si utiliza una farmacia de la red que ofrece distribución de costos preferidos en vez de una farmacia de la red que ofrece distribución de costos estándar. El *Directorio de Farmacias* le indicará cuál de las farmacias de la red ofrece una distribución de costos preferidos. Puede obtener más información sobre cómo sus gastos de bolsillo podrían ser diferentes para distintos medicamentos al comunicarse con nosotros. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita reabastecer un medicamento que ya estaba tomando, puede solicitarle a un proveedor que le haga una receta nueva o que transfieran su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estuvo utilizando abandona la red?

Si la farmacia que estuvo utilizando deja la red del plan, usted deberá encontrar otra que esté en la red. O si la farmacia que ha estado utilizando permanece dentro de la red, pero ya no ofrece distribución de costos preferidos, es posible que quiera cambiarse a una farmacia diferente. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda del Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) o utilice el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, es necesario surtir las recetas en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para una terapia de infusión a domicilio.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes internados en un centro de atención a largo plazo (LTC). Usualmente, un centro LTC (de atención a largo plazo), como un hogar de enfermería, tiene su propia farmacia. Si usted se encuentra en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que puede recibir habitualmente los beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC, que son normalmente las que utiliza el centro LTC. Si tiene algún inconveniente para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, póngase en contacto con nuestro Servicio de Atención al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program). (Estas farmacias no están disponibles en Puerto Rico.) Excepto en caso de emergencia, únicamente los nativos americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) restringe a ciertas localidades, que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o instrucciones para su uso. (Nota: Estos casos no son comunes).

Para encontrar una farmacia especializada, búsquela en su *Directorio de Farmacias* o llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos suministrados a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos.

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

Para obtener formularios de pedido e información acerca de cómo llenar sus solicitudes por correo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto). **Si utiliza una farmacia de envío por correo que no está en la red del plan, su receta médica no se cubrirá.**

Generalmente, un pedido de farmacia de envío por correo le llegará en menos de 14 días. Si usted experimenta una demora en el servicio y necesita una receta de inmediato, puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar que una farmacia minorista surta su medicamento.

La farmacia recibe nuevas recetas directamente desde el consultorio del médico.

Después de que la farmacia recibe una receta médica de un proveedor de atención médica, se comunicarán con usted para saber si desea el medicamento de manera inmediata o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, cantidad y forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

comunique con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta médica y evitar cualquier retraso en el envío.

Nuevos surtidos de recetas médicas con pedido por correo. Para el reabastecimiento de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reabastecimiento automático. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo reabastecimiento automáticamente cuando nuestros registros muestren que sus medicamentos están por acabarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reabastecimiento para asegurarse de que necesita más medicamentos, y puede cancelar los reabastecimientos programados si tiene medicamentos suficientes o si cambió sus medicamentos. Si decide no utilizar nuestro programa de reabastecimiento automático, comuníquese con su farmacia cuando le quede solo 1/3 de la receta (30 días restantes de una receta de 90 días) o, al menos, 14 días antes de que crea que se acabarán los medicamentos que posee para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente los reabastecimientos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros por teléfono al 1-800-607-6861 o a través del siguiente sitio web: <https://www.costco.com/pharmacy/prescription-auto-refill-program.html>.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informarle a la farmacia cómo puede ponerse en contacto con usted. Llame a la farmacia de pedidos por correo al 1-800-607-6861 (TTY 711) para informarles de su método de comunicación preferido para cualquier envío automático.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su distribución de costos puede ser menor. El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de “mantenimiento” (también llamado “suministro extendido”) en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad debido a una afección médica crónica o prolongada). Puede ordenar este suministro a través de un pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

- 1. Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas aceptan un monto de la distribución de costos más bajo para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias* indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos “de pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedido por correo del plan le permite solicitar un suministro para 90 días como máximo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta puede tener cobertura en algunas circunstancias

Por lo general, cubrimos los medicamentos que surta en farmacias fuera de nuestra red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia dentro de nuestra red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red:

- Situaciones no rutinarias en las que no se dispone de una farmacia dentro de la red.
- Si está viajando dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, pierde sus medicamentos recetados o estos se le agotan.
- Recetas que están indicadas como parte de una emergencia médica o visita de atención urgente.
- El surtido de medicamentos fuera de la red se evaluará caso por caso.
- Nota: Hay un límite de suministro de 30 días para los medicamentos recetados que se surten fuera de la red.

En estos casos, **verifique primero con el Servicio de Atención al Cliente** para comprobar si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto). Se le podrá requerir que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubrimos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar la parte normal del costo) cuando surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7 se explica cómo solicitar que se le devuelva el dinero a través del plan).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

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 denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar.**

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos de la lista son únicamente aquellos que cubre Medicare Parte D (antes en este capítulo, en la Sección 1.1, se explican los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento que esté en el formulario de nuestro plan, siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y si el uso del medicamento es para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” se refiere a que el uso del medicamento *está*:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para la que fue recetado).
- -- o -- respaldado por ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto los medicamentos de marca como los genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que sus equivalentes de marca. En general, funciona del mismo modo que el medicamento de marca y, a menudo, su costo es menor. Hay medicamentos genéricos disponibles como sustitutos para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

Sección 3.2 Existen seis (6) “niveles de distribución de costos” para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis (6) niveles de distribución de costos. En general, entre más alto es el nivel de la distribución de costos, más alto será su costo por el medicamento:

- **Nivel 1: (Genéricos preferidos)**

El Nivel 1 es el nivel genérico de menor costo e incluye los medicamentos genéricos preferidos. Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y son igualmente seguros y eficaces.

- **Nivel 2: (Genéricos)**

Este es su nivel genérico de mayor costo e incluye medicamentos genéricos y a veces algunos medicamentos de marca preferidos. Algunos medicamentos del Nivel 2 tienen alternativas del Nivel 1 de costo más bajo. Pregunte a su médico si podría utilizar un medicamento del Nivel 1 para reducir sus gastos.

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

Este es su nivel de costo medio e incluye medicamentos de marca preferidos. Algunos medicamentos del Nivel 3 tienen alternativas del Nivel 1 o 2 de costo más bajo. Pregunte a su médico si podría utilizar un medicamento de los Niveles 1 o 2 para reducir sus gastos.

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

Este es su nivel de costo más alto e incluye medicamentos no preferidos. Algunos medicamentos del Nivel 4 tienen alternativas del Nivel 1, 2 o 3 de costo más bajo. Pregunte a su médico si podría utilizar un medicamento de los Niveles 1, 2 o 3 para reducir sus gastos de bolsillo.

- **Nivel 5: (Medicamentos especializados)**

El nivel especializado es su nivel de mayor costo. Un medicamento especializado es un medicamento recetado único o de muy alto costo que puede precisar manipulación específica o monitoreo. Los medicamentos en el nivel de especialidad pueden ser de marca o genéricos.

- **Nivel 6: (Medicamentos de cuidados selectos)**

Este es el nivel de menor costo y se limita a medicamentos genéricos selectos comúnmente recetados para tratar afecciones de salud continuas, como presión arterial alta, colesterol y diabetes.

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

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de distribución de costos se puede ver en el Capítulo 6 (*Qué paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Cuenta con tres (3) maneras para averiguarlo:

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. (Tenga en cuenta lo siguiente: La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si alguno de sus medicamentos no se encuentra en la lista, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros para saber si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (<http://healthplan.memorialhermann.org/find-other-services/formulary-search>). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos del modo más efectivo. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo cual hace que la cobertura sea más accesible.

En general, nuestras normas le recomiendan que obtenga un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo funcione tan bien como un medicamento de costo alto, las reglas del plan están diseñadas para motivarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo más bajo. También necesitamos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y la distribución de costos.

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión sobre la cobertura y solicitarnos

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en la Lista de medicamentos. Esto sucede porque se pueden aplicar diferentes restricciones o distribución de costos basados en factores tales como la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por el proveedor de atención de salud (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día o dos por día; comprimido o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la forma más efectiva. Las siguientes secciones le brindan más información sobre qué tipo de restricciones utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de los medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

Generalmente, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que un medicamento de marca y, por lo general, es menos costoso. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Normalmente, no cubriremos el medicamento de marca si existe una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor médico nos informó la razón médica por la cual ni un medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que trate la misma condición funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que acordemos cubrirle un medicamento. A esto se le conoce como “**autorización previa.**” A veces, el requisito de obtener aprobación por anticipado ayuda a orientarlo sobre el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo incentiva a intentar con algo menos costoso, pero igual de eficaz antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no es efectivo para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, nuestro plan limita cuántos reabastecimientos o qué cantidad de un medicamento puede obtener cada vez que abastece su receta. Por ejemplo, si normalmente se

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

considera seguro tomar solo una píldora por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta a no más de una píldora por día.

Sección 4.3 ¿Aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si desea obtener información más actualizada, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) o visite nuestro sitio web (<http://healthplan.memorialhermann.org/find-other-services/formularysearch>).

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si existe una restricción sobre el medicamento que quiere tomar, debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para conocer qué necesita usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión sobre la cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Sección 5.1 Existen procedimientos que puede realizar si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, es posible que exista un medicamento recetado que esté tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor piensen que debería tomar y que no está en nuestro formulario, o que sí está, pero con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ningún tipo de cobertura. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas y restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría exigir que pruebe primero un medicamento diferente, para ver si funciona, antes de que el medicamento que usted desea tomar tenga cobertura para usted. O puede limitarse la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un período de tiempo en particular. En algunos casos, tal vez desee que eliminemos la restricción.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de distribución de costos que hace que sea más costoso de lo que piensa que debería ser. El plan coloca a cada medicamento cubierto en uno de los diferentes seis (6) niveles de distribución de costos. Lo que pague por la receta depende, en parte, del nivel de distribución de costos en el que está su medicamento.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que desea. Sus opciones dependen de qué tipo de problema tiene:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene restricciones, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que hace que el costo sea más elevado de lo que usted piensa que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué 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 tiene algún tipo de restricción, puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (únicamente los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para tener el medicamento cubierto.
- 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 puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en la Lista de medicamentos o cuando tenga alguna restricción. Al hacer esto, usted gana tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué debe hacer.

Para reunir las condiciones para recibir un suministro temporal, debe cumplir estos dos requisitos:

1. El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que ha estado tomando ya **no está en la Lista de medicamentos del plan**.
- o -- el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (la Sección 4 en este capítulo le explica las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si fuera nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será, como máximo, un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro de medicamento máximo de 30 días. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención a largo plazo puede entregar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y viven en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal anterior.

- El cambio del lugar de tratamiento por otro, como de un hospital para pacientes internados a su casa, se denomina cambio del nivel de la atención. Este tipo de cambios con frecuencia no le dan tiempo suficiente para determinar si una nueva receta médica contiene un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos. En estas situaciones inesperadas, cubriremos un suministro temporal de transición de 30 o 31 días si reside en un centro de atención a largo plazo (a menos que su receta esté escrita para menos días).

Para solicitar un suministro temporal, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Mientras obtenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra nuestro plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que toma. Las secciones que figuran a continuación le brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

Primero hable con su proveedor. Quizá exista un medicamento diferente, cubierto por el plan, que también podría funcionarle. Puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudarle a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que pueda servirle. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento del modo en que a usted le gustaría. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento incluso si no está en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se le indica lo que debe hacer. Se explican los procedimientos y plazos estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione con prontitud e imparcialidad.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que cree que es demasiado alto?

Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted piensa que es muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de distribución de costos que usted piensa que es muy alto, primero hable con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente en un nivel de distribución de costos más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudarle a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que pueda servirle. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de distribución de costos del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 podrá obtener información sobre cómo hacerlo. Se explican los procedimientos y plazos estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione con prontitud e imparcialidad.

No se puede realizar este tipo de excepción en el caso de los medicamentos del Nivel cinco (5), los Medicamentos especializados. No reducimos el monto de la distribución de costos para medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?**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 podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Surgen nuevos medicamentos, incluidos los nuevos medicamentos genéricos. Quizá el gobierno haya aprobado un uso nuevo para un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Cambiar un medicamento a un nivel de distribución de costos más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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 a la cobertura de medicamentos?

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos las veces que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

¿Los cambios en la cobertura de su medicamento lo afectan enseguida?

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted estará afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de distribución de costos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas acciones)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento en el mismo nivel o en un nivel inferior de distribución de costos con las mismas o con menos restricciones. Además, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel superior de distribución de costos o agregar nuevas restricciones, o ambas acciones.
 - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

- Usted o la persona encargada de emitir sus recetas pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe con la cobertura del medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
- Si toma el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se descubrió que no es seguro o se le retira del mercado por otro motivo. Si esto sucede, retiraremos el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos inmediatamente de este cambio.
 - La persona encargada de emitir sus recetas también estará enterada de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otros medicamentos para su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios, una vez que el año haya comenzado, 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 o cambiar el nivel de distribución de costos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos realizar cambios basados en los recuadros de advertencia de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso sobre el cambio y un reabastecimiento de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de que recibe el aviso del cambio, debe trabajar con la persona encargada de emitir sus recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
 - O usted o la persona encargada de emitir sus recetas pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe con la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios en los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente está tomando el

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1.º de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de distribución de costos más alto.
- Si ponemos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos. Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1.º 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. Este año no recibirá un aviso directo sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, los cambios le afectarán, y es importante consultar la Lista de medicamentos del próximo año para ver si hay cambios en los medicamentos.

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 recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos excluidos, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se incluyen en esta sección (excepto determinados medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura mejorada de medicamentos). Solo hay una excepción: si el medicamento solicitado se encuentra bajo apelación, como un medicamento que no está excluido en la Parte D y que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar a nuestra decisión de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

Aquí presentamos tres normas generales sobre 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 bajo las Partes A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y 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.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

- Por lo general, la cobertura para el “uso para indicaciones no autorizadas” se permite únicamente cuando su uso está respaldado por ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Si ninguno de estos libros de referencia respalda el uso del medicamento, entonces nuestro plan no puede cubrir el “uso para indicaciones no autorizadas”.

Además, según la ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura mejorada de medicamentos, por lo que es posible que se le cobre una prima adicional. A continuación, se proporciona más información).

- Medicamentos sin receta médica (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Productos de vitaminas y minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare (cobertura mejorada de medicamentos). Los medicamentos que se utilizan para tratar disfunciones sexuales o eréctiles están cubiertos; se aplican límites de cantidad. El monto que usted paga cuando surte una receta para estos medicamentos no se considera para que califique para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe. (La Etapa de cobertura en caso de catástrofe se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este folleto).

Además, si **recibe “Ayuda Adicional” de Medicare** para pagar sus recetas, el programa “Ayuda Adicional” no pagará por los medicamentos que no suelen estar cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información. Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto). Sin embargo, si usted tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados 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 números de teléfono e información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su receta médica, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta médica.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de membresía con usted?

Si no lleva su tarjeta de membresía del plan cuando surte su receta médica, solicite a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta médica cuando la recoja**. (Puede **solicitar** que le reembolsemos nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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 por una hospitalización que está cubierta por el plan?

Si ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su hospitalización. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando el medicamento cumpla con todas las reglas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que indican sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

Tome en cuenta: cuando ingrese, viva en o salga de un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un Período de Inscripción Especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cómo cancelar su membresía en el plan*, le informa cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare diferente).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC), como un hogar de ancianos, tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de su farmacia siempre y cuando esta sea de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo fuera, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

¿Qué ocurre si es un residente de un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si usted necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan le cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para 31 días como máximo, o menos si la receta está escrita para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [LTC] puede proporcionar el medicamento en cantidades menores en ciertos momentos para evitar el desperdicio). Si usted ha sido miembro de nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si nuestro plan tiene alguna restricción con respecto a su cobertura, le cubriremos un suministro por 31 días, o menos si la receta está escrita para menos días.

Mientras obtenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Quizá exista un medicamento diferente, cubierto por el plan, que también podría funcionarle. O 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 usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se le indica lo que debe hacer.

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

¿Tiene (usted o su cónyuge) actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados? Si es así, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios lo puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura para medicamentos recetados que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo del empleador o de jubilación. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados 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 recetados para el siguiente año calendario es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan de grupo es “acreditable”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estas notificaciones sobre cobertura acreditable, ya que puede necesitarlas luego. 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 demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable por parte de su plan de grupo de jubilados o su empleador, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan de jubilados o empleador, o del empleador o el sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes o analgésicos que el centro de cuidados paliativos no cubre porque no se relacionan con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso, ya sea de quien le emite las recetas o de su proveedor de cuidados paliativos, en la que se explique que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a quien receta que se asegure de que recibamos la notificación en la que se explica que el medicamento no está relacionado con su enfermedad antes de que usted solicite a una farmacia que surta su receta médica.

Si usted revocara su elección del centro de cuidados paliativos o si le dieran el alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios del centro de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar su documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o el alta. Consulte las secciones anteriores de esta sección que informan acerca de las reglas para obtener la cobertura de medicamentos según la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*), le ofrece más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para nuestros miembros a fin de garantizar que estén recibiendo una atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta médica. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios ya que está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían afectarlo si los toma al mismo tiempo
- Recetas médicas escritas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si observamos un problema potencial en el uso que usted hace de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Administración de la terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa de Administración de terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y cuyos costos en medicamentos son elevados pueden obtener servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le proporcionará un análisis integral de todos sus medicamentos. Usted puede conversar sobre cómo tomar mejor sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga acerca de su receta médica y los medicamentos de venta

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D

libre. Obtendrá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para usar mejor sus medicamentos, con espacio para que haga sus anotaciones o escriba cualquier pregunta de seguimiento que tenga. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que tome y el motivo por el que los toma.

Es una buena idea programar su revisión de los medicamentos antes de su “Visita de bienestar” anual para que usted pueda hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve consigo el plan de acción y la lista de medicamentos a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su tarjeta de identificación) si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa acorde a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y le retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Lo que paga por sus
medicamentos recetados
de la Parte D*

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**

SECCIÓN 1	Introducción	134
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos	134
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por sus medicamentos cubiertos	135
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando reciba el medicamento.	135
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO?	135
SECCIÓN 3	Le enviaremos informes para explicarle los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	136
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de los beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D")	136
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos	137
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5	138
Sección 4.1	Permanece en la Etapa de deducible hasta que pague \$300.00 por sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5.	138
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya	139
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta médica	139
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento	140
Sección 5.3	Si su médico le receta menos del suministro de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes	142
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos a <i>largo plazo</i> de un suministro de un medicamento de hasta 90 días	143
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos durante el año lleguen \$4,130.00	144

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 6	Durante la Etapa sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos	145
Sección 6.1	Permanece en la Etapa sin cobertura hasta que los gastos de bolsillo llegan a \$6,550.00	145
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo de los medicamentos recetados	146
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	148
Sección 7.1	Cuando está en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por el resto del año	148
SECCIÓN 8	Información sobre beneficios adicionales	148
Sección 8.1	Nuestro plan ofrece beneficios adicionales	148
SECCIÓN 9	Lo que usted paga por las vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	149
Sección 9.1	Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento de vacunas en sí de la Parte D y para el costo de administrarle las vacunas	149
Sección 9.2	Le recomendamos que se comuniquen con el Servicio de Atención al Cliente antes de recibir una vacuna	150

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?**

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura sobre el costo de medicamentos recetados de la Parte D* podría no aplicarse a usted.** Le hemos enviado un documento separado llamado “Anexo de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados” (que también se conoce como el “Anexo de subsidio por ingresos bajos” o el “Anexo LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibe este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el “LIS Rider”. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos**

Este capítulo se centra en cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, utilizaremos la palabra “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y otros medicamentos se excluyen de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe saber lo básico sobre qué medicamentos se cubren, dónde abastecer sus recetas y qué normas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estos materiales explican los aspectos básicos:

- ***Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.*** Para simplificar, la llamamos la “Lista de medicamentos”.
 - Esta Lista de medicamentos le informa qué medicamentos están cubiertos.
 - También le informa en cuál de los seis (6) “niveles de distribución de costos” está el medicamento y si hay alguna restricción en la cobertura del medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/find-other-services/formulary-search>. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 le da detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le informa sobre los tipos de medicamentos recetados que nuestro plan no cubre.
- **El Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). El *Directorio de Farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de un medicamento (como surtir una receta médica para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por sus medicamentos cubiertos

Para entender la información que le damos sobre los pagos en este capítulo, necesita conocer los tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina “distribución de costos”, y hay tres maneras en las que se le puede solicitar el pago.

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

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando reciba el medicamento.**Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO?**

Tal como se muestra en la tabla a continuación, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO. Cuánto paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre al momento en que lo surte o se reabastece de una receta médica. Tenga presente que usted es siempre responsable del pago de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 1 <i>Etapa de deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa sin cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura en caso de catástrofe</i>
En esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de Nivel 4 y 5. Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$300.00 por sus medicamentos del Nivel 4 y del Nivel 5 (\$300.00 es el monto de su deducible del Nivel 4 y del Nivel 5). (Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 6 y usted paga su parte del costo. Una vez que usted (u otras personas en su nombre) haya alcanzado su deducible de Nivel 4 y 5, el plan paga la parte de los costos que le corresponde por los medicamentos de Nivel 4 y 5 y usted paga su parte. Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos totales en medicamentos” hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) alcancen los \$4,130.00. (Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio por medicamento de marca (más una parte de la tarifa de preparación) y 25% del precio por medicamentos genéricos. Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$6,550.00. Medicare estableció este monto y las normas para llegar a dicho monto. (Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021). (Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo).

SECCIÓN 3 Le enviaremos informes para explicarle los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado la "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D")

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha hecho cuando surte o vuelve a surtir sus medicamentos recetados 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 para los cuales llevamos control:

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Llevamos control de cuánto ha pagado. Esto se conoce como su gasto “**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.

Nuestro plan preparará un informe escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces se denomina “EOB de la Parte D”) cuando usted surta una o más recetas a través del plan durante los meses anteriores. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con una menor distribución de costos que puedan estar disponibles. Debe consultar a la persona que emitió la receta sobre estas opciones de menor costo. Este incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le da los detalles del pago de las recetas médicas que le han surtido durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** Esto se conoce como la información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los costos de medicamentos.** Esta información mostrará aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamación de receta.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos que tienen una menor distribución de costos para cada reclamación de receta que pueda estar disponible.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta médica.** Para asegurarse de que sepamos acerca de las recetas médicas que surte y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que surta una receta médica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Habrá momentos en que es posible que pague por medicamentos recetados en los que no obtenemos 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 sus recibos de los medicamentos que ha comprado. (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 la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Aquí presentamos algunos tipos de situaciones en las que le aconsejamos que nos proporcione copias de sus recibos de medicamentos para estar seguros de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
- Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.
- Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo y le ayudan a calificar para la cobertura en caso de catástrofe. Por ejemplo, los pagos que efectúa un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para SIDA (ADAP), el Programa de Salud para los Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan para sus gastos de bolsillo. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse que la información esté completa y correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5

Sección 4.1 Permanece en la Etapa de deducible hasta que pague \$300.00 por sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5.

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago de la cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$300.00 por los medicamentos del Nivel 4 y del Nivel 5. **Usted debe pagar el costo total de los medicamentos de los Niveles 4 y 5** hasta que llegue al monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura inmediatamente.

- Su “**costo total**” es usualmente inferior al precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Una vez haya pagado \$300.00 por sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5, deja la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

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

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). La parte del costo que pague variará según el medicamento y dónde surta su receta.

El plan tiene seis (6) niveles de distribución de costos

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

- **Nivel 1: (Genéricos preferidos)**

El Nivel 1 es el nivel genérico de menor costo e incluye los medicamentos genéricos preferidos.

- **Nivel 2: (Genéricos)**

Este es su nivel genérico de mayor costo e incluye medicamentos genéricos y a veces algunos medicamentos de marca preferidos. Algunos medicamentos del Nivel 2 tienen alternativas del Nivel 1 de costo más bajo.

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

Este es su nivel de costo medio e incluye medicamentos de marca preferidos. Algunos medicamentos del Nivel 3 tienen alternativas del Nivel 1 o 2 de costo más bajo.

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

Este es su nivel de costo más alto e incluye medicamentos no preferidos. Algunos medicamentos del Nivel 4 tienen alternativas del Nivel 1, 2 o 3 de costo más bajo.

- **Nivel 5: (Medicamentos especializados)**

El nivel especializado es su nivel de mayor costo. Un medicamento especializado es un medicamento recetado único o de muy alto costo que puede precisar manipulación específica o monitoreo. Los medicamentos en el nivel de especialidad pueden ser de marca o genéricos.

- **Nivel 6: (Medicamentos de cuidados selectos)**

Este es un nivel de copago bajo o sin copagos y se limita a medicamentos genéricos selectos comúnmente recetados para tratar afecciones de salud continuas, como presión arterial alta, colesterol y diabetes.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Sus opciones en cuanto a farmacias

Lo que pague por un medicamento depende de dónde obtiene el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece distribución de costos estándar
- Una farmacia minorista de la red que ofrece distribución de costos preferidos
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir las recetas, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de Farmacias*.

Por lo general, cubriremos sus medicamentos *únicamente* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen distribución de costos preferidos. Puede ir a las farmacias de la red que ofrecen distribución de costos preferidos o a las otras farmacias de la red que ofrecen distribución de costos estándar para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser menores en farmacias que ofrecen distribución de costos preferidos.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento
--

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

- **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta médica.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende de cuál es el nivel de distribución de costos en que esté su medicamento.

- Si el costo del medicamento cubierto es más bajo que el monto del copago que aparece en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *lo que sea menor*.
- Cubrimos los medicamentos recetados que se surten en farmacias que no pertenecen a la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta médica que surtió en una farmacia que no pertenece a la red.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

	Distribución de costos en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de venta por correo (suministro de hasta 30 días) El pedido por correo para un suministro de 90 días no se encuentra disponible para medicamentos en el Nivel 5.	Distribución de costos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Genéricos preferidos)	\$2.00	\$10.00	\$2.00	\$10.00	\$10.00
Nivel 2 de distribución de costos (Medicamento genérico)	\$5.00	\$18.00	\$5.00	\$18.00	\$18.00
Nivel 3 de distribución de costos (Medicamento de marca preferido)	\$39.00	\$47.00	\$39.00	\$47.00	\$47.00
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamento no preferido)	\$92.00	\$100.00	\$92.00	\$100.00	\$100.00
Nivel 5 de distribución de costos (Especializado)	27%	27%	27%	27%	27%

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

	Distribución de costos en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de venta por correo (suministro de hasta 30 días) El pedido por correo para un suministro de 90 días no se encuentra disponible para medicamentos en el Nivel 5.	Distribución de costos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 6 de distribución de costos (Medicamento de cuidado selecto)	\$0.00	\$8.00	\$0.00	\$8.00	\$8.00

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

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que haya momentos en que quiera solicitar a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando toma un medicamento conocido por tener efectos secundarios graves por primera vez). Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro para el mes completo para ciertos medicamentos.

El monto que paga cuando obtiene un suministro de menos de un mes completo dependerá de si usted debe pagar el coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si debe pagar un coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Paga el mismo porcentaje independientemente de que la receta médica sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será más bajo si obtiene un suministro de menos de un mes completo, el monto que usted paga será menor.
- Si debe pagar un copago por el medicamento, su copago estará basado en la cantidad de días que reciba del medicamento. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

(la “tasa diaria de distribución de costos”) y la multiplicaremos por la cantidad de días que recibe del medicamento.

- A continuación, le presentamos un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$30. Significa que el monto que paga por su medicamento es de \$1 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de \$1 diario multiplicado por 7 días, que es un pago total de \$7.

La distribución de costos diaria le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de que tenga que pagar el suministro por un mes completo. También puede solicitarle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, uno o varios medicamentos para menos de un mes completo, si esto le ayuda a planificar mejor la fecha de surtido para diferentes recetas médicas de manera que deba ir menos veces a la farmacia. El monto que usted paga dependerá del suministro de los días que reciba.

Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos a <i>largo plazo</i> de un suministro de un medicamento de hasta 90 días
--------------------	--

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también conocido como un “suministro extendido”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Si desea obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo de hasta 90 días de un medicamento.

- Tenga en cuenta: Si el costo del medicamento cubierto es más bajo que el monto del copago que aparece en el cuadro, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *lo que sea menor*.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo cuando adquiere un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

	Distribución de costos en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Distribución de costos de venta por correo (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Genéricos preferidos)	\$4.00	\$20.00	\$0.00
Nivel 2 de distribución de costos (Medicamento genérico)	\$10.00	\$36.00	\$10.00
Nivel 3 de distribución de costos (Medicamento de marca preferido)	\$78.00	\$94.00	\$78.00
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamento no preferido)	\$184.00	\$200.00	\$184.00
Nivel 5 de distribución de costos (Especializado)	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para medicamentos en el Nivel 5.
Nivel 6 de distribución de costos (Medicamento de cuidado selecto)	\$0.00	\$16.00	\$0.00

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos durante el año lleguen \$4,130.00

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total por los medicamentos recetados que ha abastecido y reabastecido alcance el límite de **\$4,130.00 para la Etapa de cobertura inicial.**

El costo total del medicamento se basa en sumar lo que usted y la Parte D del plan han pagado:

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que obtuvo desde que empezó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo). Esto incluye:
 - Los \$300.00 que pagó cuando estaba en la Etapa de deducible.
 - El total que usted pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **El total que pagó el plan** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estaba inscrito en un plan diferente al de la Parte D en algún momento durante el 2021, el monto que dicho plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para el costo total de sus medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un control de lo que pagaron usted y nuestro plan, así como cualquier tercero, durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,130.00 en un año.

Le informaremos si alcanza el monto de \$4,130.00. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa sin cobertura hasta que los gastos de bolsillo lleguen a \$6,550.00
--

Cuando está en la Etapa sin cobertura, el Programa de descuentos de la Etapa sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del cargo de despacho para los medicamentos de marca. El monto que paga y el monto que el fabricante descuenta se contabilizan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado, y esto lo ayuda hasta que finalice la Etapa sin cobertura.

También recibe un porcentaje de cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se tiene en cuenta para los gastos de bolsillo. Solamente el monto que usted pague cuenta y pasa hacia la Etapa sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento de los medicamentos de marca y no más del 25% del costo de los medicamentos genéricos hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. En el 2021, dicho monto será de \$6,550.00.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Medicare cuenta con normas acerca de lo que se considera y *no* se considera como gastos de bolsillo. Cuando alcance un límite de gastos de bolsillo de \$6,550.00, usted saldrá de la Etapa sin cobertura y pasará a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo de los medicamentos recetados

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos control de sus gastos de bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Cuando sume sus gastos de bolsillo, **usted puede incluir** los pagos que figuran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
 - La Etapa sin cobertura
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si los hacen **ciertas personas u organizaciones** 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 Indígena. Los pagos realizados por el programa de “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos pagos realizados por el Programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare están incluidos. El monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca está incluido. Sin embargo, el monto que el plan paga por su medicamento genérico no está incluido.

Paso a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$6,550.00 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa sin cobertura a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Cuando sume sus gastos de bolsillo, usted **no está autorizado a incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- El monto que paga por su prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Los pagos que realiza por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que realiza por los medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que realiza el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en la Etapa sin cobertura.
- Los pagos que realizan planes de salud colectivos por sus medicamentos, incluidos los planes de salud del empleador.
- Los pagos que realizan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y Asuntos de Veteranos, por sus medicamentos.
- Los pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal para pagar los costos de recetas médicas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

Recordatorio: Si alguna otra organización como las enumeradas anteriormente paga parte o todos sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informarlo a nuestro plan. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para informarnos (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

¿Cómo puede llevar un control del total de gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** En el informe *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos se incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo se proporciona información sobre este informe). Cuando alcance un total de \$6,550.00 en gastos de bolsillo para el año, este informe le dirá que ha dejado la Etapa sin cobertura y que ha pasado a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para ayudarnos a estar seguros de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Cuando está en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por el resto del año

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$6,550.00 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año calendario.

Durante este periodo, el plan pagará la mayoría de los costos por sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - – *ya sea* – un coseguro del 5% por el costo del medicamento
 - – *o* – \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$9.20 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto del costo.**

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Su plan Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO incluye un reembolso de hasta \$30.00 por artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) como un beneficio complementario, en virtud de la Parte C, sin receta. El monto de cobertura de beneficio máximo del plan de \$30.00 es reembolsable cada tres (3) meses. El monto de cobertura de beneficio máximo del plan o cualquier porción o monto de OTC no utilizado no se traspasa de un periodo o año del plan al siguiente periodo o año del plan.

Para obtener más información acerca de este beneficio y cómo recibir su reembolso, comuníquese con el Servicio de Atención al cliente (los números de contacto aparecen en el dorso de este folleto).

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 9.1	Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento de vacunas en sí de la Parte D y para el costo de administrarle las vacunas
--------------------	--

Nuestro plan proporciona cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Existen dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- 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).

¿Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D?

Lo que debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. El tipo de vacuna (para lo que se le va a vacunar)

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
- Las otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*.

2. Dónde obtiene la vacuna**3. Quién le aplica la inyección**

Lo que paga en el momento que recibe la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- Algunas veces, cuando reciba la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando reciba el medicamento de la vacuna o la vacuna, pagará únicamente su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, a continuación se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de deducible y la Etapa del período sin cobertura de su beneficio.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Situación 1:* compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).
- Tendrá que pagar a la farmacia el monto del copago de la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el resto de los costos.
- Situación 2:* obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.
- Cuando recibe la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
 - Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por medicamentos o servicios médicos cubiertos*).
 - Se le reembolsará el monto que pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “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 administrarán.
- Tendrá que pagar a la farmacia el monto 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 utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
 - Se le reembolsará el monto que cobre el médico por administrar la vacuna, menos la diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 9.2 Le recomendamos que se comunique con el Servicio de Atención al Cliente antes de recibir una vacuna

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Recomendamos que se comunique primero con el Servicio de Atención al Cliente cuando planea recibir una vacuna. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

- Le podemos indicar cómo cubre nuestro plan su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Le podemos indicar cómo mantener bajo su propio costo al utilizar los proveedores y las farmacias en nuestra red.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Si no puede utilizar una farmacia y un proveedor de la red, podemos indicarle lo que necesita para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

*Cómo solicitarnos que
paguemos la parte que
nos corresponde de una
factura que usted recibió
por concepto de servicios
médicos o medicamentos
cubiertos*

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

SECCIÓN 1	Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	154
Sección 1.1	Si paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	154
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió	156
Sección 2.1	Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago	156
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no	157
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos	157
Sección 3.2	Si le indicamos que no pagaremos todo o una parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación	158
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	158
Sección 4.1	En algunos casos, nos deberá enviar las copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de bolsillo de sus medicamentos	158

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Sección 1.1	Si paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago
--------------------	--

En algunas ocasiones, cuando reciba atención médica o adquiera un medicamento recetado, deberá pagar el costo total. Otras veces, podrá observar que ha pagado más de lo esperado según las normas de cobertura del plan. En ambos casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (devolverle el dinero a menudo se denomina “reembolsarle”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cuando ha pagado más de lo que le corresponde de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan.

También puede suceder que a veces usted reciba facturas de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió. Generalmente, usted debería enviar la factura en vez de pagarla usted mismo. Evaluaremos la factura y decidiremos si corresponde que cubramos los servicios. Si decidimos que debemos pagar, le pagaremos directamente al proveedor.

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar que nuestro plan le devuelva su dinero o que le pague una factura que usted ha recibido:

1. Cuando usted ha recibido atención médica de emergencia o servicios médicos que se necesitan con urgencia de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sea o no parte de nuestra red. Cuando recibe servicios de emergencia o servicios médicos que se necesitan con urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde, y no la totalidad. Debe pedir al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

- Si usted paga la totalidad del monto en el momento en que recibe la atención, tendrá que solicitar que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted ha pagado.
- En ciertas ocasiones, puede recibir una factura de un proveedor que le solicita un pago que usted considera que no es su deuda. Envíenos esta factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted ha pagado.
 - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente.
 - Si usted ya ha pagado más de lo que le corresponde de su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía pagar y le reembolsaremos la parte que nosotros tenemos que pagar.

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

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

- Solamente debe pagar su monto de distribución de costos cuando obtiene servicios que cubre nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como “facturación de saldo”. Esta protección (por la cual nunca paga más de su monto de distribución de costos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si existe una controversia y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldo”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que usted reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera excesivo, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema de facturación.
- Si ya pagó la factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todo pago que haya realizado y pida al plan que le reembolse la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debería haber pagado según nuestro plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede incluso haber sido el año anterior).

Si usted se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó cualquier medicamento o servicio cubierto de su bolsillo con posterioridad a la fecha de su inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación para que nos encarguemos del reembolso.

Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para presentar la solicitud. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para abastecer su receta

Si usted acude a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para que le abastezcan una receta, la farmacia no podrá presentarnos directamente la reclamación. Cuando esto ocurra, usted deberá pagar el costo total de su receta. (Solo cubrimos las recetas abastecidas en farmacias fuera de la red en algunos casos especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información).

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

5. Cuando pague el costo total de una receta porque no tiene consigo su tarjeta de membresía de nuestro plan

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Si no tiene consigo la tarjeta de membresía de su plan, puede solicitar a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque su información de inscripción en nuestro plan. Sin embargo, si la farmacia no consigue la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta.

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

6. Cuando pague el costo total de una receta en otras circunstancias

Es posible que pague el costo total de la receta debido a que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan o puede estar sujeto a un requisito o a una restricción que usted no conocía o no considera que deba aplicarse a su caso. Si desea adquirir el medicamento en el momento, deberá pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, es probable que necesitemos que su médico nos proporcione más información a fin de reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones sobre la cobertura. Es decir, que, si nuestro plan rechaza su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene algún problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene información acerca de cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos la solicitud de pago junto con la factura y la documentación de cualquier pago que usted haya efectuado. Le recomendamos que saque y guarde una copia de su factura y los recibos.

A fin de asegurarse de que nos ha brindado toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para hacer su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero, si lo hace, nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (<http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>) o llame al Servicio de Atención al Cliente para solicitarlo. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

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

Envíenos por correo su solicitud de pago para los medicamentos recetados de la Parte D, junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Memorial Hermann Health Plan Manual Claims
c/o Navitus Health Solutions, LLC
A la atención de: Member Reimbursement Department
P.O. Box 1039
Appleton, WI 54912-1039

Debe enviarnos la reclamación en el transcurso de un (1) año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). Si usted no sabe el monto que adeuda o si recibe facturas y no sabe lo que debe hacer con ellas, podemos ayudarle. Además, puede comunicarse con nuestro plan si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le indicaremos si necesitamos información adicional 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 reglas para obtener la atención o el medicamento, 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. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para que le cubran sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para obtener los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos).

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o medicamento *no* está cubierto o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta que explica las razones por las que no le enviaremos el pago que solicitó y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le indicamos que no pagaremos todo o una parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para ver los detalles sobre cómo hacer esta apelación, diríjase al capítulo 9 de este folleto *Qué hacer si tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si no tiene experiencia en presentar apelaciones, es importante que empiece por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso para las decisiones de coberturas y apelaciones y proporciona las definiciones de los términos como "apelación". Luego, después de haber leído la Sección 4, puede dirigirse a la sección en el Capítulo 9 que indica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un servicio médico, diríjase a la Sección 5.3 en el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca del reembolso de un medicamento, consulte la Sección 6.5 en el Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias**Sección 4.1 En algunos casos, nos deberá enviar las copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de bolsillo de sus medicamentos**

Existen algunas situaciones en las que debería informarnos los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago. En cambio, usted nos informa los pagos que realizó a fin de que podamos calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe con mayor rapidez.

Estas son dos situaciones en las que debería enviarnos las copias de los recibos para informarnos de los pagos que realizó por sus medicamentos:

1. Cuando compre el medicamento a un precio inferior al que cobramos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

A veces, cuando se encuentra en la Etapa de deducible y en la Etapa sin cobertura, puede adquirir su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio inferior al precio que cobramos.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial sobre un medicamento. O, usted tal vez posea una tarjeta de descuento ajena a nuestro beneficio que ofrece un precio inferior.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, debe utilizar una farmacia de la red en estos casos, y el medicamento debe estar incluido en nuestra lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de bolsillo lo ayuden a cumplir con los requisitos para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **Tenga en cuenta:** Si usted está en las Etapas de deducible y sin cobertura, es posible que no paguemos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente sus gastos de bolsillo y ayudarle a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe con mayor rapidez.

2. Cuando obtenga un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos ajeno a los beneficios del plan. Si usted adquiere cualquier medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de bolsillo lo ayuden a cumplir con los requisitos para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **Tenga en cuenta:** Debido a que usted obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente sus gastos de bolsillo y ayudarle a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe con mayor rapidez.

Debido a que en las dos situaciones anteriores usted no está solicitando un pago, estas situaciones no se consideran decisiones sobre la cobertura. Por lo tanto, aunque no esté de acuerdo con nuestra decisión, no podrá presentar una apelación.

CAPÍTULO 8

*Sus derechos y
responsabilidades*

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	162
Sección 1.1	Debemos brindarle información de manera que le sea útil (en idiomas distintos al inglés, en Braille y en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)	162
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos	163
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	163
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	165
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	166
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	168
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que se le está tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?	168
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	169
SECCIÓN 2	Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades	169
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	169

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos brindarle información de manera que le sea útil (en idiomas distintos al inglés, en Braille y en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos, disponibles para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablen inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos brindarle información en Braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo requiere. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Memorial Hermann Health Plan

929 Gessner Road, Suite 1500

Houston, TX 77024

Teléfono: (855) 645-8448 (TTY: 711)

Fax 713-338-6487

Correo electrónico: MHHealthAppeals@memorialhermann.org

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal al Departamento de Apelaciones y Quejas de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO al (855) 645-8448. También puede presentar una queja ante Medicare comunicándose al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o con este correo, o bien puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) para obtener información adicional.

Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos, disponibles para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablen inglés. También podemos brindarle información en Braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo requiere. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Memorial Hermann Health Plan
929 Gessner Road, Suite 1500
Houston, TX 77024
Teléfono: (855) 645-8448 (TTY: 711)
Fax 713-338-6487

Correo electrónico: MHHealthAppeals@memorialhermann.org

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal al Departamento de Apelaciones y Quejas de Memorial Hermann *Advantage* HMO al (855) 645-8448. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights). La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura o con este envío, o puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) para obtener información adicional.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red del plan para que le suministre y organice los servicios cubiertos (en el Capítulo 3, se explica más sobre esto). Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener información acerca de los médicos que están aceptando pacientes nuevos (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). Usted también tiene derecho a visitar un especialista en salud para la mujer (como un ginecólogo) sin ser referida por otro médico. No le solicitaremos que obtenga referidos para acudir a proveedores de la red.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a abastecer y reabastecer sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un periodo razonable, en la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto se le informa qué puede hacer. (Si hemos negado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 9 se le informa qué puede hacer).

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de la información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo establecen estas leyes.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que usted nos proporcionó en el momento de inscribirse en este plan así como su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos una notificación por escrito, denominada “Notificación de prácticas de privacidad”, en la que se informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no tengan acceso o modifiquen sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le proporcionamos su información de salud a una persona que no le brinda atención o no paga su atención, *primero debemos obtener su permiso por escrito*. Usted o cualquier persona a la que le haya otorgado un poder legal para tomar decisiones por usted puede proporcionar el permiso por escrito.
- Existen ciertas excepciones por las que no se requiere que le solicitemos antes su permiso por escrito. La ley permite o establece estas excepciones.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar su información de salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. En caso de que Medicare divulgue información sobre usted con fines de investigación u otros propósitos, deberá hacerlo según la legislación y las reglamentaciones Federales.

Usted puede tener acceso a la información de sus expedientes y saber cómo se compartió con terceros

Usted tiene derecho a consultar sus expedientes médicos que conserve el plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además usted tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención de la salud a fin de decidir si deben realizarse dichos cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se compartió su información de salud con terceros para cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene dudas o inquietudes acerca de la privacidad de su información personal de salud, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Consulte la *Política de Privacidad de Medicare Advantage*, la cual se proporciona por separado y/o está disponible en nuestro sitio web <http://healthplan.memorialhermann.org/privacy/>.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos**

Como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, usted tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información. (Como se explica anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que nuestro plan le brinde información de un modo que sea adecuado para usted. Esto incluye obtener la información en idiomas distintos al inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si necesita cualquiera de los siguientes tipos de información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones que los miembros han presentado y las calificaciones de desempeño de nuestro plan, que incluye cómo lo han calificado los miembros de nuestro plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a que le brindemos información acerca de la calidad de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para ver la lista de proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores.
 - Para ver la lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de Farmacias.
 - Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) o visite nuestro sitio web <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir cuando utilice su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos cuáles son los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones de la cobertura y las normas que debe respetar para obtener los servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto más la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, así como en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se enumeran cuáles son los medicamentos cubiertos y se explican las normas que debe seguir y las restricciones a su cobertura en el caso de ciertos medicamentos.
 - Si tiene alguna pregunta sobre las normas y restricciones, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- En caso de que un servicio médico o un medicamento de la Parte D no estén cubiertos, o si hay alguna restricción en la cobertura, nos puede solicitar una explicación por escrito. Usted tiene derecho a recibir esta explicación, incluso si recibió la atención médica o el medicamento de un proveedor o de una farmacia fuera de la red.
- Si no está conforme o si está en desacuerdo con la decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede solicitar que modifiquemos la decisión mediante una apelación. Para obtener más información sobre qué debe hacer si algún medicamento no tiene cobertura en la manera en que usted considera debe tenerla, consulte el Capítulo 9 de este folleto. En él se brindan detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que modifiquemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9 se describe también cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras cuestiones).
- Si desea solicitar que nuestro plan pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por atención de la salud o por un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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

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

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención de la salud cuando busca atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y las opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprenderlo*.

También tiene derecho a participar íntegramente en las decisiones acerca de la atención médica que recibe. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que implique su atención. Se le debe informar con anticipación si algún tratamiento o atención médica que se le haya propuesto forma parte de un experimento de investigación. 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, aun 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.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Recibir una explicación si le rechazan la cobertura de atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención que considera debería recibir. Para recibir esta explicación, debe solicitarnos una decisión sobre la cobertura. En el Capítulo 9 de este folleto se describe cómo solicitarle al plan una decisión sobre la cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismas a causa de accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si desea*, puede:

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder de representación para atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar instrucciones anticipadas para expresar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si desea realizar una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucción anticipada de organizaciones que dan información a las personas acerca de Medicare. También puede contactar al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- **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.
- **Proporcione copias a las personas apropiadas.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico y a la persona que aparece en el formulario como la designada para tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es aconsejable que también le dé copias a sus amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si usted sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si le admiten en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado uno, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Recuerde, usted decide si desea llenar un formulario de instrucción anticipada (incluso si desea firmar uno si se encuentra en el hospital). Según la legislación, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. Proporciona detalles sobre cómo enfrentar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para tratar un problema o inquietud depende de la situación. Tal vez usted tenga que solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que se le está tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?
--------------------	--

Si se trata sobre discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o con la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de otras cuestiones?

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda con el problema que está teniendo de la siguiente manera:

- Puede **comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos**. Para obtener más detalles acerca de esta organización y de cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- O bien, **puede comunicarse con 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.

Sección 1.8 **Cómo obtener más información sobre sus derechos**

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

- Puede **comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- Usted puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles acerca de esta organización y de cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para consultar o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 **Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades**

Sección 2.1 **¿Cuáles son sus responsabilidades?**

A continuación, se indica lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este folleto de *Evidencia de Cobertura* para conocer qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas a seguir y qué es lo que usted paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- Si usted cuenta con otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe comunicárnoslo. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para informarnos (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Debemos seguir las reglas que establece Medicare para asegurarse de que está utilizando toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios cubiertos de parte de nuestro plan. A esto se le llama “**coordinación de beneficios**” debido a que involucra la coordinación de beneficios médicos y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico y de medicamentos disponible para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Informe a sus médicos y 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 recetados de la Parte D.
- Colabore para que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores médicos le proporcionen la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y proporcioneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos están al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que colabore a que todo funcione sin problemas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
 - Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembros del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos y medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coaseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le dice lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si obtiene cualquier servicio médico o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
- Si se requiere que pague el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Indíquenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo diga inmediatamente. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
 - **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 le habla de nuestra área de servicio.) Podemos ayudarle a determinar si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Si usted se retira de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial durante el cual puede afiliarse a otro plan de Medicare disponible en su nueva área. Le podemos comunicar si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aun necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante informarlo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y los horarios para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto.
 - Para obtener más información acerca de cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

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

SECCIÓN 1	Introducción	177
Sección 1.1	Qué hacer si tiene algún problema o inquietud	177
Sección 1.2	Explicación de los términos legales	177
SECCIÓN 2	Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros	178
Sección 2.1	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	178
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe seguir para resolver su problema?	178
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿debe utilizar el proceso para presentar reclamos?	178
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES		179
SECCIÓN 4	Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones	179
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia	179
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación	180
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le proporciona detalles sobre su situación?	181

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

SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	182
Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el pago de su parte del costo de su atención	182
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)	183
Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)	187
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de nivel 2	190
Sección 5.5	¿Qué sucede si usted nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?	192
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	194
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D	194
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	196
Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción	198
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, que incluye una excepción	198
Sección 6.5	Paso a paso: Como presentar una Apelación de nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)	202
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2	205

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

SECCIÓN 7	Cómo puede pedirnos que cubramos una estancia más prolongada en el hospital como paciente hospitalizado si usted considera que el médico le está dando el alta muy pronto	207
Sección 7.1	Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos	208
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	209
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital	212
Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de nivel 1?	213
SECCIÓN 8	Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto	216
Sección 8.1	<i>Esta sección trata solamente de tres servicios:</i> Atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)	216
Sección 8.2	Le indicaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura	216
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	217
Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	220
Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de nivel 1?	221
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al nivel 3 y niveles posteriores	223
Sección 9.1	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos	223
Sección 9.2	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D	225

Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**CÓMO PRESENTAR QUEJAS 226****SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 226**

Sección 10.1	¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de quejas?	226
Sección 10.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una querella”	228
Sección 10.3	Paso a paso: Cómo presentar un queja	228
Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	230
Sección 10.5	También puede informar a Medicare sobre su queja	230

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

Este Capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para ciertos tipos de problemas, debe utilizar el **el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, usted debe utilizar el **proceso para presentar reclamos**.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Para garantizar la equidad y el manejo ágil de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar.

Sección 1.2 Explicación de los términos legales

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazo 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 explica las reglas y procedimientos legales con palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar un reclamo” en lugar de “presentar una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “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 a veces bastante importante, que usted sepa los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse más claramente y con exactitud cuando esté encargándose de su problema y obtendrá la ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

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

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Algunas veces puede ser confuso comenzar o dar seguimiento a través del proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, tal vez no sepa cómo seguir adelante.

Solicite ayuda a una organización gubernamental independiente

Siempre estamos dispuestos a ayudarlo. Pero en algunas situaciones también puede ser que desee ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. Además, pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle ayuda para saber qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números telefónicos en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asesoramiento para la resolución de problemas, también puede comunicarse con Medicare. Aquí presentamos dos maneras de obtener información directamente de 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe seguir para resolver su problema?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿debe utilizar el proceso para presentar reclamos?

Si tiene un problema o una inquietud, lea solo las partes de este capítulo que se relacionan con su situación. La siguiente guía le será de utilidad.

Para identificar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud, **COMIENCE AQUÍ**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura?**

(Esto incluye problemas relacionados con determinar si se cubren ciertos medicamentos recetados o cierta atención médica, de qué forma están cubiertos, y problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados o de la atención médica).

Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4: “Una guía de consejos básicos para decisiones sobre la cobertura y apelaciones”**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya directamente a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**SECCIÓN 4 Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia**

El proceso para las decisiones sobre la cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el procedimiento que debe utilizar para cuestiones relacionadas con determinar si un servicio está cubierto y de qué forma lo está.

Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o sus medicamentos. Por ejemplo, su médico (de la red del plan) toma una decisión (favorable) sobre su cobertura cada vez que recibe atención médica de él o ella o lo refiere a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura si el médico tiene dudas acerca de si cubriremos un determinado servicio médico o si se niega a brindarle la atención que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura.

Tomamos una decisión sobre la cobertura cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que el servicio o medicamento no está cubierto o que dejó de estar cubierto por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura que no le satisface, usted puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión sobre la cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión tomada sobre la cobertura para verificar que hayamos seguido todas las normas correctamente. Su apelación la manejan revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una decisión expedita, o “decisión rápida sobre la cobertura”, o una apelación rápida de una decisión sobre la cobertura.

Si nuestro plan rechaza, en todo o en parte, su Apelación de nivel 1, puede continuar apelando en el nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente no relacionada con nosotros revisará la Apelación de nivel 2. (En algunas circunstancias, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de nivel 2. En otras circunstancias, deberá solicitar una Apelación de nivel 2). Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de nivel 2, es posible que pueda continuar apelando a través de los niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? Estos son los recursos que pueden serle útiles si decide solicitar cualquier clase de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión:

- Puede **comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.**
 - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión sobre la cobertura o una Apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el nivel 1, automáticamente se transferirá al nivel 2. Para solicitar una apelación después del nivel 2, se debe nombrar a su médico como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro emisor de recetas puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una Apelación de nivel 1 o 2 en su nombre. Para presentar una apelación más allá del nivel 2, se debe nombrar a su médico u otro emisor de recetas como su representante.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.

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

- Tal vez ya exista alguien que esté legalmente autorizado a actuar como su representante conforme a la ley del Estado.
- Si quiere que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) y solicite el formulario de “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 o en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Usted y la persona que desea que lo represente deben firmar el formulario. Deberá entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** 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 proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le proporciona detalles sobre su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, le proporcionamos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización cuando usted considera que el médico le está dando el alta muy pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto” (*aplica únicamente para estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)*)

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales tales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto incluye los números de teléfono para este programa).

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

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



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el pago de su parte del costo de su atención
--------------------	--

En esta sección, se describen los beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. A modo de simplificación, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez “servicios, tratamiento o atención médica”. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como también medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes a una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones que se describen a continuación:

1. No obtiene cierta atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan, pero nosotros le indicamos que no pagaremos por esta atención.
4. Recibió y pagó la atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan y desea solicitar que nuestro plan le realice un reembolso por esta atención.
5. Se le dijo que la cobertura de cierta atención médica que recibió y nosotros aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted cree que esa reducción o suspensión podrían perjudicar su salud.

NOTA: Si la cobertura que se suspenderá es para servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer una sección aparte de este capítulo debido a que se aplican normas especiales a estos tipos de atención. Aquí tiene material para leer en esas situaciones:

- Sección 7 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada si cree que el médico le quiere dar de alta demasiado pronto.*

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

- Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo pedir que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto*. Esta sección se trata solo de tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de CORF (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios).

Para *todas las demás* situaciones que implican una notificación de suspensión de la atención médica que ha estado recibiendo, utilice esta sección (Sección 5) como guía sobre qué debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si usted se encuentra en esta situación: Puede hacer lo siguiente:	
Para saber si cubriremos la atención médica que desea	Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la siguiente sección de este capítulo, la Sección 5.2 .
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos por el servicio médico de la forma en que usted desea que se cubra o pague	Puede presentar una apelación . (Esto significa que solicita que reconsideremos la decisión). Vaya a la Sección 5.3 de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le brindemos un reembolso por la atención médica que ya recibió y pagó	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales

Cuando una decisión sobre la cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**.”

Paso 1: Solicite a nuestro plan que tome una decisión sobre la cobertura de la atención médica que requiere. Si, debido a su estado de salud, necesita una respuesta rápida, deberá solicitarnos que tomemos una “**decisión rápida sobre la cobertura**”.

Términos legales

A una “decisión rápida sobre la cobertura” se le conoce como una “**determinación expedita**”.

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

Cómo pedir una cobertura de la atención médica que desea

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para realizar la solicitud para que autoricemos o proveamos cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre su cobertura de atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión

Cuando presentamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar sobre la cobertura implica que le brindaremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta dentro de **72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, para una solicitud para un **artículo o servicio médico**, podemos **demorarnos hasta 14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos que necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de apelaciones y decisiones sobre cobertura. Para obtener más información acerca del procedimiento para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una “decisión rápida sobre la cobertura”

- **Una decisión rápida sobre la cobertura significa que responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de 24 horas.**
 - **Sin embargo**, para una solicitud **para un artículo o servicio médico**, podemos **demorar hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que puede beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores que no pertenecen a la red), o si usted necesita tiempo para enviarnos información para la reevaluación. Si decidimos que necesitamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión para tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos apenas tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si solicita la cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya recibió).
 - Podrá solicitar una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si el utilizar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, automáticamente aceptaremos darle una decisión rápida sobre la cobertura.**
- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin el justificativo de su médico) decidiremos si su estado de salud requiere que le brindemos una decisión rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
 - En esta carta le explicaremos que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura se la brindaremos automáticamente.
 - Esta carta también le indicará cómo presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de facilitarle una decisión estándar sobre la cobertura en vez de la decisión rápida que usted solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Evaluaremos su solicitud sobre la cobertura de atención médica y le daremos una respuesta.***Plazos para una “decisión rápida sobre la cobertura”***

- Por lo general, para una decisión rápida sobre la cobertura con respecto a un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos demorar hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no respondemos dentro de las 72 horas (o si hay un periodo extendido, al final de ese periodo), o dentro de 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 5.3 a continuación se explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una explicación detallada por escrito con los motivos del rechazo.

Plazos para una “decisión estándar sobre la cobertura”

- Por lo general, para una decisión estándar sobre la cobertura con respecto a un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud.
 - Para una solicitud para un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario más (“periodo extendido”), en determinadas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no respondemos dentro de los 14 días calendario (o si hay un periodo extendido, al final de ese periodo), o dentro de 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 5.3 a continuación se explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su solicitud de cobertura de atención médica, usted decidirá si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos, y quizá cambiemos, esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación implica realizar otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.

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

- Si decide presentar una apelación, usted pasa al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 más adelante).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)**Términos legales**

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

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Lo que debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para conocer más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por propósitos relacionados con su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada: *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud.**
 - Si alguien más, que no es su médico, presenta una apelación en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Designación de Representante autorizando a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) y pida el formulario de “Designación de Representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. 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 un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (el plazo para que tomemos una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. 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 descartar su apelación.
- **Para solicitar una apelación rápida, presente la apelación por escrito o llámenos al número de teléfono que figura en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica*).

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

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para comunicarle sobre nuestra respuesta a su solicitud de una decisión sobre la cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, explique la razón de la demora de su apelación cuando la presente. Es posible que le otorguemos más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de razones justificadas por las cuales no cumplió con el plazo pueden incluir: haber tenido una enfermedad grave que impidió que se comunicara con nosotros o haberle proporcionado información incorrecta o incompleta acerca del plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer la solicitud por medio de una llamada)

Términos legales
A una “apelación rápida” también se le conoce como “reconsideración expedita”.

- Si apela una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su médico deberá decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida sobre su cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida sobre su cobertura. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos indica que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le presentamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, nosotros volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura médica. Revisamos si seguimos todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- De ser necesario, recopilamos más información. Podríamos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

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

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos entregarle nuestra respuesta en el **plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo, **nos podríamos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas (o cuando termine el período extendido, si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta sobre una solicitud para un artículo o servicio médico **dentro 30 días calendario** después de que recibamos su apelación si esta se trata de cobertura por servicios que no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado médico así lo exige.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo, **nos podríamos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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

- Si no le damos una respuesta en el plazo aplicable anterior (o cuando termine el período extendido, si nos tomamos días adicionales por su solicitud para un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de nivel 2.

Paso 3: Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas cuando denegamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Si lo hacemos, esto significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el cual es el nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de nivel 2

Si rechazamos su Apelación de nivel 1, su caso se envía *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos en su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**” (**Independent Review Entity**). A veces se le denomina “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía seleccionada por Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Enviaremos a esta organización la información relacionada con su apelación. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional 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

- Si en el nivel 1 tenía una apelación rápida para nuestro plan, automáticamente tendrá una apelación rápida en el nivel 2. La organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de nivel 2 **dentro de un 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 recopilar más información que podría beneficiarle, **podría tomar hasta otros 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si en el nivel 1 tuvo una “apelación estándar”, también tendrá una “apelación estándar” en el nivel 2

- Si en el nivel 1 tenía una apelación estándar para nuestro plan, automáticamente tendrá una apelación estándar en el nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de nivel 2 en **un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de nivel 2 en **un plazo de 7 días calendario** 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 recopilar más información que podría beneficiarle, **podría tomar hasta otros 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le brinda una respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará la decisión y le explicará los motivos por los que la tomó.

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

- **Si la organización de revisión responde positivamente a una parte o a toda la solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión sobre las solicitudes estándar o en el plazo de 72 horas a partir de la fecha en la que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes expeditas.
- **Si la organización de revisión responde positivamente a una parte o a toda la solicitud para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión sobre las **solicitudes estándar** o en el plazo de **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes expeditas**.
- **Si esta organización deniega parte o toda su apelación**, eso significa que está de acuerdo con nosotros en cuanto a que su solicitud (o una parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se conoce como “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión”, usted tiene el derecho a una Apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar una Apelación de nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe ser equivalente a un monto mínimo determinado. Si el valor monetario de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo averiguar el valor en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al nivel 3 para una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su Apelación de nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un 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 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?

Si desea solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las

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

situaciones en las cuales es posible que tenga que solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión sobre la cobertura

Si nos envía la documentación que pide un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión sobre la cobertura (para obtener más información sobre las decisiones sobre la cobertura, vea la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión sobre la cobertura, verificamos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de Beneficios Médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*). También verificaremos si siguió todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica (estas reglas se proporcionan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Al enviar el pago, se *acepta* su solicitud de una decisión sobre la cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* respeta todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indicará que no pagaremos los servicios y las razones de esto. (Al rechazar su solicitud de pago, se *rechaza* su solicitud de una decisión sobre la cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, puede **presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión sobre la cobertura de rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 5.3.

Diríjase a esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de un 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 solicitado a usted o al proveedor dentro de un plazo de 60 días calendario.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” todo el tiempo.
- Para obtener información detallada sobre lo que significa para nosotros el medicamento de la Parte D, para obtener la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las reglas y restricciones de cobertura y la información del costo, consulte el Capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones sobre la cobertura de la Parte D y apelaciones

Como ya hemos comentado en la Sección 4 de este capítulo, una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales

Una decisión inicial sobre la cobertura de sus medicamentos de la Parte D se denomina “**determinación de cobertura**”.

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

Estos son ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitarnos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, que incluye:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan
 - Pedirnos que renunciemos a una restricción en la cobertura de un medicamento del plan (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir).
 - Solicitarnos pagar un monto de distribución de costos más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de distribución de costos más alto
- Nos consulta sobre la cobertura de un medicamento y si usted cumple con las normas aplicables de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero, en su caso, es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo).
 - *Tenga en cuenta:* Si en su farmacia le indican que su receta no puede surtirse como está indicada, le otorgarán una notificación escrita en la que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya ha adquirido. Se trata de una decisión sobre la cobertura relacionada con el pago.

Si usted no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se describe cómo solicitar una decisión sobre la cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice el siguiente cuadro para determinar qué parte contiene información sobre su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si usted se encuentra en esta situación:	Puede hacer lo siguiente:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que eliminemos la norma o restricción de un medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura). Comience por la Sección 6.2 de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con las normas o restricciones (por ejemplo, obtener aprobación previa) para obtener el medicamento que necesita.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura). Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.

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

Si usted se encuentra en esta situación: Puede hacer lo siguiente:

Si ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos el medicamento de la forma en que usted desea que se cubra o pague.

Puede presentar una apelación. (Esto significa que solicita que reconsideremos la decisión).

Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que estuviera cubierto, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura. Al igual que en otros tipos de decisiones sobre la cobertura, si nuestro plan rechaza su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otro emisor de la receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que aprobemos la excepción. Entonces, consideraremos su solicitud. A continuación, se presentan tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o alguna otra persona que receta podría solicitarnos:

1. **Que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** (La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales

Cuando se solicita la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, a veces esto se denomina solicitar una “**excepción de la lista de medicamentos cubiertos**”.

- Si estamos de acuerdo con hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de la distribución de costos que aplica para los medicamentos en el Nivel cinco (5). No puede solicitar una excepción para el monto de copago ni para el coseguro que está obligado a pagar por el medicamento.
2. **Eliminación de una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen otras normas y restricciones que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales

Cuando se solicita la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción de la lista de medicamentos cubiertos**”.

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

- Las reglas y restricciones de cobertura adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en lugar de un medicamento de marca.
 - *Obtener una aprobación por anticipado del plan* antes de que aceptemos cubrir su medicamento. (Esto algunas veces se llama “autorización previa”).
 - *Estar obligado a utilizar primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto algunas veces se llama “terapia escalonada”).
 - *Límites de cantidad*. Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad del medicamento que puede tomar.
- Si aceptamos hacer una excepción y anulamos una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le requerimos pagar por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de distribución de costos.

Cada medicamento de la Lista de medicamentos se encuentra en uno de los seis (6) niveles de distribución de costos. En general, mientras más bajo sea el número del nivel de la distribución de costos, más bajo será el pago que usted haga como su parte del costo del medicamento.

Términos legales

Cuando se solicita pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una “**excepción de nivel**”.

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de distribución de costos menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que se aplica al (a los) medicamento(s) alternativo(s). Esto podría disminuir su parte de la distribución de costos para el medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de la distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de la distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de la distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de la distribución de costos de ningún medicamento del Nivel cinco (5), Medicamentos Especiales, ni de ningún medicamento que no esté en la Lista de medicamentos.

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

- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel inferior de distribución de costo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción**Su médico debe comunicarnos las razones médicas**

Su médico u otro emisor de la receta deben enviarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información provista por su médico u otro emisor de la receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección determinada. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud para una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel de distribución de costos más bajo no funcionen igual de bien para usted o puedan causar una reacción adversa o cualquier otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación usualmente es válida hasta el final del año del plan. Esto se cumplirá siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficiente para tratar su condición.
- En caso de que rechacemos su solicitud de excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 6.5, se describe cómo presentar una apelación si nuestro plan rechaza su solicitud.

En la sección siguiente, se explica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, que incluye una excepción

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión sobre su cobertura en cuanto a los medicamentos o pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “decisión rápida sobre la cobertura”. No se puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.

Lo que debe hacer

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

- **Solicite el tipo de decisión sobre la cobertura que desea.** Empiece por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que emita recetas médicas) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisión sobre la cobertura en nuestro sitio web. Para obtener más información, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D*. O si usted nos está solicitando que le devolvamos el dinero de un medicamento, busque la sección titulada *Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió*.
- **Usted o su médico o alguien más que esté actuando en su nombre** pueden solicitar una decisión sobre la cobertura. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede pedir a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento**, empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede necesitar pedir un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración justificativa”**. Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas debe proporcionarnos las razones médicas para la excepción del medicamento que está solicitando. (Denominamos esto la “declaración justificativa”). Su médico u otro emisor de recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas pueden indicarnos por teléfono y luego enviar por fax o correo una declaración escrita, de ser necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluso las solicitudes que se presenten en el formulario de Solicitud de determinación de cobertura del modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Puede presentar una solicitud de determinación de cobertura de manera electrónica** a través de nuestro portal seguro para miembros en: <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center/part-d-coverage-determinations>.

Términos legales

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

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una “decisión rápida sobre la cobertura ”

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

- Cuando presentamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión estándar sobre la cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de que recibimos la declaración de su médico. Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le responderemos dentro de un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si usted solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado).
 - Podrá solicitar una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si el utilizar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otra persona autorizada para emitir recetas médicas nos indica que su salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, automáticamente aceptaremos darle una decisión rápida.**
- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro profesional que receta), decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida sobre la cobertura.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
 - Esta carta le indicará que, si su médico o si algún otro profesional que receta solicita la decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la cobertura.
 - La carta también le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar sobre la cobertura en lugar de la decisión rápida que solicitó. Le explica cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja dentro de un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de apelaciones y decisiones sobre cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.***Plazos para una “decisión rápida sobre la cobertura”***

- Si estamos utilizando los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de un período de 24 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un período de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

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

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo apelar.

Plazos para una “decisión estándar sobre la cobertura” de un medicamento que aún no ha recibido

- Si estamos utilizando plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de un período de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un período de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó –**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar en un **plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo apelar.

Plazos para una “decisión estándar sobre la cobertura ” acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelaciones.

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

- Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó, también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa que solicita que hagamos una reconsideración, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso a paso: Como presentar una Apelación de nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)**Términos legales**

Una apelación al plan sobre una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una “redeterminación” del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su Apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Lo que debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas) deben comunicarse con nosotros.**
 - Para detalles sobre cómo contactar con nosotros por teléfono, fax o correo postal, o en nuestro sitio web, para propósitos relacionados con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela mediante una solicitud escrita.** También puede presentar su apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2 (Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluso las solicitudes que se presenten en el formulario de Solicitud de determinación de cobertura del modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Puede enviar una solicitud de apelación de la Parte D** de forma electrónica a través de <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center/part-d-appeals-and-grievances>.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para comunicarle sobre nuestra respuesta a su solicitud de una decisión sobre la cobertura. Si no cumple con el plazo y tiene un motivo para justificarlo, podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de razones justificadas por las cuales no cumplió con el plazo pueden incluir: haber tenido una enfermedad grave que impidió que se comunicara con nosotros o haberle proporcionado información incorrecta o incompleta acerca del plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otra persona encargada de emitir recetas pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Términos legales

Una “apelación rápida” también se llama una **“reconsideración expedita”**.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deberá decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los requisitos para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura” que se incluyen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le presentamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos si seguimos todas las reglas cuando denegamos su solicitud. Podemos comunicarnos con usted, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos responderle en el **plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.

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

- Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual rechazamos la solicitud y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos responderse en el **plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos más pronto nuestra decisión si aún no ha recibido el medicamento y si su condición médica requiere que lo hagamos. Si considera que su salud lo requiere, debe pedir una “apelación rápida”.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó –**
 - Si aprobamos una solicitud para cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar, tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de devolverle el pago de un medicamento que usted ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual rechazamos la solicitud y cómo apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelaciones.

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

- Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó, también debemos efectuarle el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo apelar.

Paso 3: Si nuestra respuesta a su apelación es negativa, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si denegamos su apelación, puede optar por aceptar esta decisión o continuar con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará hacia el nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2

Si denegamos su apelación, puede optar por aceptar esta decisión o continuar con otra apelación. Si decide continuar con una Apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**” (**Independent Review Entity**). A veces se le denomina “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

Paso 1: Para presentar una Apelación de nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si denegamos su Apelación de nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de nivel 2** con la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta Apelación de nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que tiene con nosotros.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones para tal decisión.

Plazos para una “apelación rápida” en el nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente que le dé una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle 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.
- **Si la Organización de Revisión Independiente accede a todo o parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **dentro de un período de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 **dentro de un período de 7 días calendario** después de que reciba su apelación si es por un medicamento que aún 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 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **dentro de un período de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de un período de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

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

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se conoce como “rechazar su apelación”).

Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión”, usted tiene el derecho a una Apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar una Apelación de nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe ser equivalente a un monto mínimo determinado. 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. En la notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le comunicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al nivel 3 para una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su segunda apelación.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un 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 puede pedirnos que cubramos una estancia más prolongada en el hospital como paciente hospitalizado si usted considera que el médico le está dando el alta muy pronto

Cuando se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, que incluye las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

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. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que sale del hospital se llama su “**fecha de alta**”.

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

- Su médico o el personal del hospital le harán saber la fecha de alta cuando la misma se haya decidido.
- Si considera que se le está pidiendo que salga del hospital muy pronto, puede solicitar una estancia en el hospital más larga y evaluaremos su solicitud. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

Durante su estancia cubierta en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Mensaje Importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben siempre una copia de este aviso al ser ingresadas en un hospital. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) debe entregárselo a más tardar dos días después de su admisión. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). 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.

1. Lea este aviso detenidamente y siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si no lo entiende. En este se le explican sus derechos como paciente del hospital. Esto incluye:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, 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 hospitalización y saber quién va a pagar por ello.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar su decisión de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le indica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha de alta, de modo que cubramos la atención hospitalaria por más tiempo. (La Sección 7.2 que aparece más adelante le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.

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

- Usted o alguien que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Firmar el aviso demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** del aviso firmado para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
- Si usted firma el aviso más de dos días antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de su alta programada.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) o 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 verla en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios por un tiempo más largo, tendrá que utilizar 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.** A continuación, se explica cada uno de los pasos de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que entiende y sigue los plazos que aplican para lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

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

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que reciben su pago del gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital, para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche del día de su alta**. (Su “fecha de alta programada” es la fecha establecida para que salga del hospital).
 - Si cumple con el plazo, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta programada *sin pagar nada* mientras espera obtener la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - Si *no* cumple con el plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención en el hospital que reciba después de esta fecha.
- Si vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respecto a su apelación, usted puede, en su lugar, presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales

Una “**revisión rápida**” también se denomina “**revisión inmediata**” o una “**revisión expedita**”.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

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

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (les llamamos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y examinarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Al mediodía del día siguiente al día en que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que indica su fecha de alta programada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Puede obtener una muestra de este aviso si llama al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto) o 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). O puede ver en línea una muestra del aviso en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

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 una respuesta sobre su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación **debemos continuar brindando los servicios hospitalarios con cobertura para pacientes internados mientras 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 los servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que creen que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

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

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **tendrá que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que continuará con el nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar una Apelación de nivel 2. 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 de Revisión Independiente rechaza la Apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía posterior a la fecha de alta programada.

Estos son los pasos del nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de un periodo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya dicho que *no* a su Apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario tras la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los examinadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

Si la respuesta de la organización es positiva:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

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

- Debe continuar pagando su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización es negativa:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su Apelación de nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- El aviso que reciba le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le dará información detallada para continuar con el siguiente nivel de apelación, que maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o pasa al nivel 3 y presenta otra apelación. En el nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.
- 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 no cumple con el plazo para presentar su Apelación de nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization) para comenzar la primera apelación sobre el alta hospitalaria. (“Rápidamente” implica antes de dejar el hospital y no después de la fecha de alta programada, lo que suceda primero). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *alternativa* de nivel 1

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación para solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “ apelación expedita ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

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

- Para más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: Llevamos a cabo una “revisión rápida” de su fecha de alta programada , para verificar si era apropiada por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información acerca de su hospitalización. Revisamos si su fecha de alta programada fue médicamente apropiada. Verificamos si la decisión acerca de cuándo debería dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si la respuesta a su apelación rápida es positiva**, significa que estamos de acuerdo con que necesita permanecer en el hospital más tiempo después de la fecha de alta y le seguiremos proporcionando los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado 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 en que le dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si la respuesta a su apelación rápida es negativa**, lo que estamos diciendo es que su fecha de alta programada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado finaliza a partir del día que dijimos que la cobertura habría terminado.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta programada, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria después de dicha fecha.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación rápida es negativa, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted es enviado *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso para una *Apelación* alternativa de nivel 2

Durante la Apelación de nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

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

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**” (**Independent Review Entity**). A veces se le denomina “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

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 un plazo de 24 horas después del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía seleccionada por Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación al alta del hospital.
- **Si esta organización dice que *sí* acepta su apelación,** debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con su cobertura del plan para servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización responde que *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con nosotros respecto a que su fecha de alta programada era médicamente apropiada.
 - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le dará información detallada sobre cómo pasar a una Apelación de nivel 3, que maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores rechazan su Apelación de nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al nivel 3 y presentar una tercera apelación.

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

- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección trata solamente de tres servicios: Atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	---

En esta sección se tratan los siguientes tipos de atención *únicamente*:

- **Servicios de atención médica en el hogar.**
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer más acerca de los requisitos para ser considerado para un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Usualmente, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Cuando obtiene alguno de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que el cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

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 la cobertura para esa atención termina, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención*.

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le indicaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.

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

- El aviso escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
- El aviso escrito también le indica lo que puede hacer si quiere solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión respecto a cuándo terminar su atención, y para continuar cubriéndola por un período más largo.

Términos legales

Al informarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa cómo puede solicitar una “**apelación acelerada**”. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión sobre la cobertura de su atención y cuándo suspenderla. (La Sección 7.3 a continuación le explica cómo puede solicitar una apelación acelerada).

El aviso por escrito se denomina “**Aviso de la no cobertura de Medicare**”.

2. Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o alguien que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar la notificación demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de cuándo se cancelará su cobertura. **Firmar este aviso no significa que esté de acuerdo** con el plan respecto a que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período más largo, tendrá que utilizar 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.** A continuación, se explica cada uno de los pasos de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y de cumplir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se le dice cómo presentar una queja).

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

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante la Apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization) revisa la apelación y decide si modifica la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente una Apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su Estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su Estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación acelerada” (para realizar una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación al mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el Aviso de la no cobertura de Medicare.
- Si vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más información acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (les llamamos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

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

- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y examinará la información que nuestro plan le ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos informen respecto a su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para dar por terminada nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales

A este aviso de explicación se le conoce como
“**Explicación detallada de no cobertura**”.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es positiva?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es negativa?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos comunicado**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo los servicios de atención médica a domicilio, de un centro de enfermería especializada o de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de esta fecha de cancelación de cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- La primera apelación que presenta es en el nivel 1 del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su Apelación de nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura de la atención ha terminado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que continuará con el nivel 2 del proceso de apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo**

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de que su cobertura de la atención ha terminado, entonces puede presentar una Apelación de nivel 2. 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 la Apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura.

Estos son los pasos del nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió que *no* a su Apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que la cobertura para la atención finalizó.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los examinadores decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión accede a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos por la atención que recibió desde la fecha en que le indicamos que terminaba su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es negativa?

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su Apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le dará información detallada para continuar con el siguiente nivel de apelación, que maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

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

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.
- 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 no cumple con el plazo para presentar su Apelación de nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Según se explica en la Sección 8.3, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization) a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *alternativa* de nivel 1

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación para solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos para una Apelación alternativa 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 rápida”.

- Para más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Nos aseguramos de seguir todas las reglas cuando fijamos la fecha en que se dará por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

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

- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, eso significa que estamos de acuerdo con que usted necesita los servicios más tiempo y le seguiremos brindando los 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 en que le dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa**, su cobertura terminará en la fecha que le hemos indicado y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si usted continúa recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted es enviado *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso para una Apelación alternativa de nivel 2

Durante la Apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**” (**Independent Review Entity**). A veces se le denomina “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

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 un plazo de 24 horas después del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

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

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía seleccionada por Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde que *sí* a su apelación,** entonces debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha cuando indicamos que terminaba su cobertura. Debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización responde que *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 indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una Apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2, para un total de cinco niveles de apelaciones. Si los revisores rechazan su Apelación de nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.
- 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 apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser la adecuada para usted si ha presentado una apelación en los niveles 1 y 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor económico del artículo o servicio médico por el cual presentó la apelación cumple con ciertos niveles mínimos, podría continuar con los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede presentar ninguna otra apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta que reciba por escrito a su apelación en el nivel

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

2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una Apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3: Un juez (llamado Juez de Derecho Administrativo) o un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador da una respuesta positiva a su apelación, el proceso de apelaciones *podría o no podría* haber terminado.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 4. A diferencia de una decisión en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o el 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 proporcionar el servicio en cuestión.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *podría o no podría* terminar.**
 - Si decide aceptar la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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 o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la Apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *podría o no podría* terminar.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5. A diferencia de una decisión en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico reúne los requisitos del valor en dólares.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.

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

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría o no podría* terminar.**
 - Si decide aceptar la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le informará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5: Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser la adecuada para usted si ha presentado una apelación en los niveles 1 y 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor económico del medicamento por el cual presentó la apelación cumple con ciertos montos en dólares, podría continuar con los niveles adicionales de apelaciones. Si el monto en dólares es menor, no puede presentar más apelaciones. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación en el nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una Apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3: Un juez (llamado Juez de Derecho Administrativo) o un juez que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador **dentro de un período de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario después de haber** recibido la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación *puede o no* terminar.**
 - Si decide aceptar la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún 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. Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo de Apelaciones **dentro de un período de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- Si la respuesta es no, el proceso de apelación *puede o no* terminar.
 - Si decide aceptar la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes



Si su problema se relaciona con las decisiones acerca de los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la adecuada para usted*. En cambio, deberá utilizar el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas, *únicamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, se describen algunos ejemplos de las clases de problemas que se resuelven mediante el proceso de presentación de quejas.

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

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o se compartió información de usted que considera confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con la forma en que lo trató el Servicio de Atención al Cliente? • ¿Considera que se le está motivando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos o a otros profesionales de la salud? ¿O por Servicio de Atención al Cliente u otro personal en el plan? ◦ Los ejemplos incluyen: esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, cuando le dan una receta médica o en la sala de evaluación.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o la condición de una clínica, hospital o el consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Considera que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Piensa que es difícil entender la información escrita que le hemos proporcionado?
Prontitud (Estos tipos de quejas se relacionan con la prontitud de nuestras acciones respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso para solicitar una decisión sobre la cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a la 9 de este capítulo. Si usted desea solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación, deberá utilizar ese proceso y no el proceso de presentación de quejas. Sin embargo, si usted ya ha solicitado una decisión sobre la cobertura o ha presentado una apelación y considera que no le respondemos con suficiente prontitud, puede además presentar una queja por nuestra tardanza. A continuación, se presentan algunos ejemplos: • Si usted nos solicitó que le proporcionemos una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida” y rechazamos la solicitud, puede presentar una queja.

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

Queja	Ejemplo
	• Si considera que no cumplimos con los plazos para darle una decisión sobre la cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, usted puede presentar una queja. • Cuando se revisa la decisión sobre la cobertura que tomó nuestro plan y se nos informa que debemos cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos, hay ciertos plazos que deben cumplirse. Si considera que no cumplimos con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro de los plazos requeridos, usted puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una querella”

Términos legales

- Lo que esta sección llama una **"queja"** también se llama una **"querella"**.
- Otro término para **"presentar una queja"** es **"presentar una querella"**.
- Otra forma de decir **"usar el proceso de quejas"** es **"utilizar el proceso para presentar una querella"**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar un queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente.** Si hay algo más que debe hacer, el Servicio de Atención al Cliente se lo hará saber. Puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente llamando al (855) 645-8448. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semana y feriados federales. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos su queja por escrito.

- **Quejas estándar (Quejas)**

Una queja estándar se resuelve generalmente en treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que recibamos su solicitud, a menos que su salud o condición médica requieran una respuesta más rápida. Si necesita información adicional o si solicita una prórroga, podríamos ampliar su plazo hasta por catorce (14) días calendario. Le enviaremos una carta notificándole que se recibió la queja. Investigaremos su querella y podríamos comunicarnos con usted si necesitamos más información. Le comunicaremos nuestras conclusiones por correo o verbalmente.

- **Quejas expeditas (Quejas)**

Una queja expedita se resuelve en veinticuatro (24) horas a partir de la hora en que recibamos su solicitud. Puede presentar una queja expedita oralmente o por escrito en caso de estar en desacuerdo con nuestra decisión de no realizar una determinación expedita sobre la cobertura/organización o una revisión de reconsideración/redeterminación expedita. Usted puede presentar una queja expedita si está en desacuerdo con la decisión del plan para solicitar una extensión de catorce (14) días calendario para tomar una decisión en la determinación o reconsideración sobre la cobertura/organización. Puede presentar una queja expedita si se comunica con el Servicio de Atención al Cliente al (855) 645-8448.

- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de inmediato.** La queja debe ponerse en un plazo de 60 días calendario contados a partir del momento en que tuvo el problema por el cual desea presentarla.
- **Si usted está presentando una queja porque le negaron su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una queja “rápida”.** Si usted tiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta en un periodo de 24 horas.

Términos legales
Lo que esta sección llama “ queja rápida ” también se llama una “ queja expedita ”.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, podríamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que le respondamos rápido, haremos eso.
- **Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y esta demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, nos podríamos tomar hasta 14 días calendarios adicionales (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos que necesitamos más días, se lo informaremos por escrito.

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

- **Si no estamos de acuerdo** con su queja o parte de esta o no asumimos la responsabilidad por el problema por el cual se presenta la queja, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones de esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través del proceso paso a paso descrito arriba.

Cuando su queja se refiere a *la calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin tener que presentarnos la queja*).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.
 - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta una queja con esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O, puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y presentarla también a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si le surge alguna otra inquietud o tiene alguna sugerencia, o si piensa que el plan no está encargándose de su problema como debería, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

*Cómo cancelar su
membresía en el plan*

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan**Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan**

SECCIÓN 1	Introducción	233
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía en nuestro plan	233
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	233
Sección 2.1	Usted puede poner fin a su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual	233
Sección 2.2	Usted puede poner fin a su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage	234
Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Periodo de Inscripción Especial	235
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía?	236
SECCIÓN 3	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	236
Sección 3.1	Por lo general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan	236
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	238
Sección 4.1	Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo un miembro de nuestro plan	238
SECCIÓN 5	Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO debe cancelar su membresía del plan en determinadas situaciones	238
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	238
Sección 5.2	<u>No</u> podemos solicitar que usted deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud	239
Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	239

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía en nuestro plan**

La cancelación de su membresía en Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *desea* dejarlo.
 - Hay solo ciertos períodos durante el año, o ciertas situaciones, cuando puede cancelar voluntariamente su membresía del plan. La Sección 2 le indica *cuándo* puede cancelar su membresía del plan.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que elige. La Sección 3 le indica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También hay unas cuantas situaciones en las que usted no elige retirarse, pero en las que nos vemos 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, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Únicamente puede cancelar su membresía en el plan durante ciertos períodos del año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los miembros pueden abandonar el plan durante el periodo de inscripción anual y durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para cambiar de plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Usted puede poner fin a su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual

Usted puede terminar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el “Período de Inscripción Abierta Anual”). Este es el período del año en que debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos para tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Esto sucede del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puedo cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Puede elegir 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:

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados).
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- – *o* – Original Medicare *sin* otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
- **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:**
Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados por 63 días o más consecutivos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” es una cobertura que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede poner fin a su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Tendrá la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período Anual de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años del 1° de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período Anual de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados).
 - Anular su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiar a Original Medicare durante este período, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía termina el primer día del mes después de que se inscriba en un plan diferente de Medicare Advantage o que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si usted también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan**Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial**

En determinadas situaciones, los miembros de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de Inscripción Especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso en particular, puede que reúna los requisitos para poner fin a su membresía durante un Período de Inscripción Especial. Estos son solo 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 médicas de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe cuidado en una institución, como un hogar de enfermería o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
 - Si usted se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **¿Cuándo terminan los Períodos de Inscripción Especial?** Los periodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué se puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a 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 elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - – *o* – Original Medicare *sin* otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable por un periodo continuo de 63 días o más,

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” es una cobertura que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Generalmente, su membresía acabará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía?

Si tiene alguna duda o desea obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía:

- Puede **comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- Puede obtener información en el folleto *Medicare y Usted2021*
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben a más tardar un mes después de haberse inscrito por primera vez.
 - También puede descargar una copia en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- 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.

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan**Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan**

Usualmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información acerca de los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan al Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar la cancelación de inscripción de nuestro plan. Hay dos maneras en que puede pedir que se le cancele la inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- – o – 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.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

Nota: Si cancela su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable por un periodo continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” es una cobertura que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

En la tabla a continuación se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Se anulará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se anulará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
- Original Medicare <i>sin</i> otro plan de medicamentos recetados de Medicare. Nota: Si cancela su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados por 63 días o más consecutivos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	Enviarnos por escrito una solicitud para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). - 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. - Se anulará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo un miembro de nuestro plan

Si renuncia a Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, puede pasar cierto tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigor la nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre la fecha en que comienza su nueva cobertura). Durante este periodo, debe continuar recibiendo su atención médica y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando las farmacias de nuestra red para obtener el abastecimiento de sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** En general, los medicamentos recetados solo se cubren si se abastecen en una farmacia de la red, incluidos los servicios de farmacia de venta por correo.
- **Si usted es hospitalizado el día en que se cancela su membresía, generalmente la internación estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (aunque le den el alta después del comienzo de su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO debe cancelar su membresía del plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO debe finalizar su membresía en el plan si se da alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene Parte A y Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra lejos de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o emprende un largo viaje, debe llamar al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el nuevo lugar de residencia o el lugar de destino de su viaje se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si usted no es ciudadano estadounidense o no reside de forma legal en los Estados Unidos.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

- Si miente u oculta información sobre otro seguro con cobertura de medicamentos recetados que pueda tener.
- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta los requisitos que debe reunir para formar parte de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y nos dificulta la tarea de proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso.
- Si se le exige que pague la suma adicional para la Parte D debido a su ingreso, y usted no la paga, Medicare anulará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede comunicarse con el **Servicio de Atención al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 5.2	<u>No</u> podemos solicitar que usted deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	---

Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO no está autorizado a pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si piensa que le pedimos que abandone nuestro plan por razones de salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Usted 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. También debemos explicarle cómo usted puede presentar una querrela o una

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

queja acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede buscar en el Capítulo 9, Sección 10 información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	243
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	243
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare	243
SECCIÓN 4	Subrogación y derechos de responsabilidad de terceros	244

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Muchas leyes aplican para esta *Evidencia de Cobertura* y podrían aplicar algunas disposiciones adicionales por requerimiento de ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con leyes que lo protegen de la discriminación y del trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que brindan los planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención de Salud Asequible y todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplica por alguna otra razón.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto). Si desea presentar una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones sobre los CMS en el título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones para los CMS en el subapartado B al D del apartado 411 del título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección sustituyen las Leyes Estatales.

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 4 Subrogación y derechos de responsabilidad de terceros

Subrogación/Responsabilidad de terceros

Si le hacemos cualquier pago a usted o lo hacemos en su nombre por servicios cubiertos, tenemos derecho a la subrogación completa de cualquiera y de todos los derechos que tenga contra una persona, entidad o aseguradora que pueda ser responsable del pago de gastos médicos o beneficios relacionados con sus lesiones, enfermedades o su condición. Tenemos derecho a ejercer los mismos derechos de subrogación y recuperación que se otorgan al Programa Medicare bajo las reglas del Pagador Secundario de Medicare.

Una vez que hayamos realizado un pago por los servicios cubiertos, obtendremos un derecho de retención sobre los ingresos de cualquier juicio, acuerdo u otra concesión o recuperación que reciba, incluidos, entre otros, los siguientes:

1. Cualquier asignación, liquidación, beneficio u otro monto pagado de conformidad con cualquier ley o asignación de compensación a los trabajadores;
2. Cualquiera y todos los pagos realizados directamente o en nombre de una entidad externa;
3. Cualquier asignación de arbitraje, pago, liquidación, liquidación estructurada o beneficio o monto pagado por alguna póliza de cobertura de automovilista no asegurado o subasegurado;
4. Cualquier otro pago designado, consignado o que se le pretende pagar a usted como compensación o restitución, por lesiones, enfermedad o afecciones sufridas como resultado de la negligencia o responsabilidad de un tercero;

Usted acepta cooperar con nosotros y con cualquiera de nuestros representantes para tomar acciones o medidas necesarias para asegurar nuestro derecho de retención, que incluye, entre otros:

1. Responder a las solicitudes de información sobre cualquier accidente o lesión;
2. Responder a nuestras solicitudes de información y proporcionar cualquier información relevante que hayamos solicitado; y
3. Participar en todas las fases de las acciones legales que entablemos para proteger nuestros derechos, que incluyen, entre otras, participar en la exhibición de pruebas, asistir a declaraciones testimoniales y comparecer y testificar en juicios.

Además, usted acepta no hacer nada que pueda perjudicar nuestros derechos, que incluyen, entre otros, ceder cualquier derecho o causa de acción que pueda tener en contra de cualquier persona o entidad con relación a su lesión, enfermedad o condición, sin nuestro consentimiento previo, por escrito. Si no cumple con los requisitos establecidos anteriormente, se considerará un incumplimiento de sus obligaciones y podremos entablar una acción legal contra usted para proteger nuestros derechos.

Reembolso

Tendremos derecho a recibir el pago de los gastos que hayamos pagado y que sean responsabilidad de cualquier persona, organización o aseguradora. Nuestro derecho de reembolso es independiente y distinto a nuestro derecho de subrogación y se limita exclusivamente al monto de los beneficios

Capítulo 11. Avisos legales

reales que pagó nuestro plan. Cuando se resuelve el reclamo o se le pague cualquier monto a usted, a su representante legal o tutor o al Estado, la persona que reciba dichos fondos deberá pagarnos de inmediato cualquier monto que usted haya recuperado por medio de un juicio, un acuerdo, una asignación, una recuperación o cualquier otra forma de obligación del tercero o de su aseguradora, hasta el grado en que hayamos pagado o proporcionado beneficios para su lesión, enfermedad o afección durante su inscripción en nuestro plan.

CAPÍTULO 12

*Definiciones de términos
importantes*

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes**Capítulo 12. Definiciones de términos importantes**

Centro de Cirugía Ambulatoria – Se trata de una entidad que trabaja exclusivamente para brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesitan ser hospitalizados y cuya estadía en el centro no se espera que supere las 24 horas.

Período de Inscripción Anual – Periodo que se establece cada otoño durante el cual los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare. El Período de Inscripción Anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Apelación – Una apelación es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de servicios de atención médica o de medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede poner una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted considera debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Facturación de saldo – Ocurre cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le cobra a un paciente un monto más alto que el monto de distribución de costos permitido del plan. Como miembro de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO, usted solo tiene que pagar el monto de distribución de costos del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No les permitimos a los proveedores “facturar un saldo” o de otro modo cobrarle más que el monto de distribución de costos que su plan indica que debe pagar.

Período de Beneficios – La forma que utiliza nuestro plan y Original Medicare para determinar los servicios que recibe en un hospital y un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, 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 hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Medicamento de marca – Es un medicamento recetado que fabrica y vende la empresa farmacéutica que originalmente realizó la investigación y lo desarrolló. 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 y generalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Etapas de cobertura en caso de catástrofe – Periodo en el beneficio de medicamentos de la Parte D en el que usted paga un copago o coseguro bajo para los medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$6,550.00 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Coseguro – Un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Reclamo - El nombre formal para “realizar un reclamo” es “presentar una queja”. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas, *únicamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Vea también “Quejas,” en esta lista de definiciones.

Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) – Centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que presta diversos servicios, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Copago – Un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, y no un porcentaje. Por ejemplo, quizá deba pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Distribución de costos – La distribución de costos hace referencia a los montos que un miembro tiene que pagar cuando se reciben medicamentos o servicios. (Esto se agrega a la prima mensual del plan). La distribución de costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos, (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio o medicamento, o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Una “tarifa diaria de distribución de costos” puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

Niveles de distribución de costos – Cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos se incluye en uno de los seis (6) niveles de distribución de costos. Generalmente, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento.

Determinación sobre la cobertura – Decisión sobre si el plan cubre un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que el miembro debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta médica, eso no es una determinación sobre la cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. A las determinaciones sobre la cobertura se les llama “decisiones sobre la cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

Medicamentos Cubiertos – Término que utilizamos para describir a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Servicios Cubiertos – Término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Cobertura Acreditable de Medicamentos Recetados – La cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para participar en Medicare, en general, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia – Es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica o cuidado de enfermería especializado. La atención de custodia es el cuidado personal que puede ser proporcionado por personas que no tienen las habilidades o formación profesional. Esta atención incluye la ayuda con actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de la cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas se brindan a sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Servicio de Atención al Cliente - Es un departamento de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente.

Tasa diaria de distribución de costos – Puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tasa diaria de distribución de costos es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Se presenta, a continuación, 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 diaria de distribución de costos” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por cada suministro de un día cuando surte su receta.

Deducible – el monto que usted debe pagar por la atención médica o las recetas antes de que el plan comience a pagar su parte.

Anular la inscripción o anulación de la inscripción – El proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La anulación de la inscripción puede ser voluntaria (su decisión) o involuntaria (decisión ajena a su voluntad).

Cargo de despacho – Un cargo que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto, para pagar el costo de abastecer una receta. El cargo por despacho se utiliza para cubrir los costos de, por ejemplo, el tiempo que dedicó el farmacéutico a preparar y embalar el medicamento.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) – Ciertos equipos médicos que su doctor le ordena utilizar por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, pierda una extremidad o pierda la

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de Emergencia – Los servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC, Evidence of Coverage) y Divulgación de Información – Este documento, junto con el formulario de inscripción y demás anexos, modificaciones u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido al nivel de distribución de costos menores (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (excepción al formulario).

Ayuda Adicional – Programa de Medicare cuyo fin es ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, por ejemplo, primas, deducibles y coseguros.

Medicamento Genérico – Medicamento recetado que aprueba la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que un medicamento de marca y, por lo general, es menos costoso.

Queja formal - Tipo de reclamo que usted presenta acerca de nosotros o de las farmacias, como un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago.

Asistente Sanitario a Domicilio – Los asistentes sanitarios a domicilio brindan servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, ayuda para bañarse, utilizar el baño, vestirse o realizar los ejercicios que le indicaron). Los asistentes de atención médica a domicilio no tienen autorización para brindar servicios de enfermería ni terapia.

Centro para enfermos terminales – Un miembro que tiene 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir atención en un centro para enfermos terminales. Nosotros, como su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro para enfermos terminales y continúa pagando primas, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios adicionales que ofrecemos. Los centros para enfermos terminales proveerán tratamientos especiales para su estado.

Internación en el hospital – La estadía en un hospital cuando usted ha sido formalmente admitido en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA) – Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informa en su declaración de impuestos del IRS (Servicio de Rentas Internas) de hace 2 años, es mayor a un monto determinado, usted deberá pagar un monto de prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional a su prima. Esto afecta a menos del 5% de las personas con Medicare, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Límite de cobertura inicial – El límite máximo de la cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial – Es la etapa anterior al momento en que sus gastos totales de medicamentos y lo que su plan ha pagado en su nombre en el año han alcanzado los \$4,130.00.

Período de Inscripción Inicial – Es el periodo durante el cual puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B una vez que pasa a reunir los requisitos para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si reúne las condiciones para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que usted cumpla 65 años, que incluye el mes en el que cumple 65 años, y termina 3 meses después del mes en el que cumpla 65.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (SNP) – Un plan para necesidades especiales en el que se inscriben personas que residen en forma continua o esperan residir durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo. Estos centros de atención a largo plazo (LTC) pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), un SNF/NF, un centro de cuidados intermediarios para discapacitados mentales (Intermediate Care Facility for the Mentally Retarded, ICF/MR), o un centro de atención psiquiátrica para pacientes internados. Un Plan Institucional para Necesidades Especiales para atender a los residentes de Medicare en centros LTC debe tener una relación contractual con (o poseer y operar) los centros LTC específicos.

Plan Institucional Equivalente para Necesidades Especiales (SNP) – En el mismo se inscriben personas que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de atención institucional basado en la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectiva y deberá realizarla una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Es posible que este tipo de Plan para Necesidades Especiales limite la inscripción a personas que residen en una institución con servicios de ayuda (Assisted Living Facility, ALF) si fuera necesario asegurar la provisión constante de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”) – Una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte “Ayuda Adicional” (Extra Help).

Monto Máximo de Gastos de Bolsillo – Es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y B. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más información sobre el monto máximo de gastos de bolsillo.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Medicaid (o Asistencia Médica) – Programa conjunto, federal y estatal, que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían entre estados, pero la mayoría de los costos de atención están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada – Se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada.

Medicamento necesario – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare – El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (en general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de los planes Original Medicare, PACE o Medicare Advantage.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – Un período que se establece todos los años durante el cual los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiar a Original Medicare durante este período, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage comienza el 1.º de enero y finaliza el 31 de marzo, y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona reúne por primera vez los requisitos para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA) – En ocasiones llamado Medicare Parte C. Un plan que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un plan Private Fee-for-Service (PFFS) o un plan Medical Savings Account (MSA) de Medicare. Cuando está inscrito en un plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan de acuerdo con Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como planes de **Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare – Programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan llegado a la Etapa sin cobertura y que todavía no reciben “Ayuda Adicional” (“Extra Help”). Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esto, la mayoría, aunque no todos los medicamentos de marca tienen un descuento.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, entre ellos nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

Plan de salud Medicare – Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle los beneficios de Medicare Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, planes de Costos de Medicare, Programas de demostración o piloto y Programas de Atención Integral para Adultos Mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D) – Seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que Medicare Parte A o B no cubre.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare) – Seguro complementario de Medicare vendido por las compañías aseguradoras privadas para cubrir las “brechas” que deja Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (El plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o “Miembro del Plan”) – Persona con beneficios de Medicare que es elegible para recibir los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la red – Una farmacia de la red es aquella donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se despachan en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la Red – “Proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otras instalaciones de atención médica que están autorizadas o certificadas por Medicare y por el Estado para brindar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red con base en los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores están de acuerdo en proporcionarle los servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también pueden mencionarse como “proveedores del plan”.

Determinación de la Organización – La organización Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto usted tiene que pagar para obtener artículos o servicios cubiertos. En este folleto, a las determinaciones de la organización se les conoce como “decisiones sobre la cobertura”. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

Original Medicare (plan de Medicare “Traditional Medicare” o “Fee-for-service”) – Original Medicare es un plan ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes de salud Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. De acuerdo con Original

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Medicare, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto que aprueba Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) y está disponible a lo largo y a lo ancho de los Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red – Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted recibe de las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Un proveedor o centro con el cual no tenemos un contrato para coordinar o proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni operan en nuestro plan ni se encuentran bajo contrato para proporcionarle a usted servicios cubiertos. El uso de los proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Gastos de bolsillo – Consulte la definición de “distribución de costos” más arriba. El requisito de distribución de costos del miembro por el cual debe pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe también se denomina requisito de costo “de bolsillo” del miembro.

Plan PACE – El plan PACE (Programa de Atención Integral para Adultos Mayores) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para personas frágiles para que sean independientes y vivan en su comunidad (en lugar de en un hogar de convalecencia) el mayor tiempo posible, mientras reciben el cuidado de alta calidad necesario. Las personas que se hayan inscrito en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C – consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D – El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilitar la comprensión, llamamos Parte D al programa de beneficios de medicamentos recetados).

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. (Consulte su formulario para conocer una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó la cobertura de determinadas categorías como medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D – Monto que se agrega a la prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si carece de cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que reúne por primera vez los requisitos para inscribirse en el plan de la Parte D. Usted paga este monto más alto siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no pagará multa por inscripción tardía.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Distribución de costos preferidos - La distribución de costos preferidos significa una distribución de costos inferior para ciertos medicamentos de la Parte D cubiertos en determinadas farmacias de la red.

Prima – El pago periódico que se realiza a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP) – Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Él o ella se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Él o ella también pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y referirles a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los proveedores de atención primaria.

Autorización previa - Aprobación anticipada para obtener determinados medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red recibe “autorización previa” del plan. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y aparatos ortopédicos – Estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazo, espalda y cuello, extremidades ortopédicas, prótesis oculares y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Grupo de médicos en activo y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su Estado.

Límites de la cantidad – Herramienta de administración diseñada para limitar, por razones de calidad, seguridad o utilización, el uso de medicamentos seleccionados. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un periodo definido.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicios – Un área geográfica donde el plan de salud acepta miembros cuando limita la membresía según el área donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede anular su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicios del plan.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Atención en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – Servicios de atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación recibidos de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o un médico.

Período de inscripción especial – Periodo establecido durante el cual los miembros pueden cambiarse de plan de salud o de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones que le pueden dar el derecho de usar un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si obtiene “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan para Necesidades Especiales – Un plan especial de Medicare Advantage que brinda atención médica especial para ciertas personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en un hogar de convalecencia o las que tienen alguna afección médica crónica.

Distribución de Costos Estándar – La distribución de costos estándar es la distribución de costos distinta de la distribución de costos preferida ofrecida en una farmacia dentro de la red.

Terapia escalonada – Una herramienta que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó en un primer momento.

Ingresos de Seguridad Suplementaria (Supplemental Security Income, SSI) – Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que padecen discapacidades, ceguera o que tienen 65 años o más. Los beneficios de los SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social (Social Security).

Servicios que se necesitan con urgencia – Los servicios que se necesitan con urgencia se proporcionan para tratar una afección que no es una emergencia, una enfermedad médica imprevista, una lesión o una condición que requiera atención médica inmediata. La atención que se necesita con urgencia la puede proporcionar proveedores de la red, o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles.

Servicio de Atención al Cliente de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO

Método	Servicio de Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. No hay atención los fines de semana ni feriados. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, Día de Martin Luther King Jr. y Día de los Presidentes. Teladoc: (800) 835-2362; el horario de atención es de 24 horas, los 7 días de la semana. Línea de enfermería: (713) 338-7979; el horario de atención es de 24 horas, los 7 días de la semana. El Servicio de Atención al Cliente también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. No hay atención los fines de semana ni feriados. El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, Día de Martin Luther King Jr. y Día de los Presidentes.
ESCRIBA A	Memorial Hermann <i>Advantage</i> Plus HMO 929 Gessner Road Suite 1500 Houston, Texas 77024
SITIO WEB	http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) (Texas SHIP)

El programa Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	(800) 252-9240 o (800) 252 3439
TTY	(800) 735-2989 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin, TX 78714-9104
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/

Declaración de divulgación PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.