Evidencia de Cobertura 2022

MEMORIAL HERMANN Health Plan

MEMORIAL HERMANN *ADVANTAGE* HMO

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP

En este cuadernillo, se proporcionan detalles acerca de la cobertura de la atención médica y de los medicamentos recetados de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Le explica cómo obtener los servicios de atención médica y medicamentos con receta médica que necesita que le cubran. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, lo ofrece Memorial Hermann Health Plan, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se indica "nosotros", "nos" o "nuestro", se hace referencia a Memorial Hermann Health Plan. Cuando se mencione el "plan" o "nuestro plan", se hace referencia a Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP).

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). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

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

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el día 1 de enero de 2023.

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

Evidencia de Cobertura para el 2022

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. Cómo comenzar como miembro 5

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

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 21

Se informa qué debe hacer para comunicarse con nuestro plan (Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP) y con otras organizaciones, entre ellas, Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization), el Seguro Social (Social Security), Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados y la Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos 44

Explica cosas importantes que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 61

En este capítulo, se proporcionan los detalles sobre los tipos de atención médica que tienen cobertura y *no* tienen cobertura para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto tendrá que pagar de su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D 113

Se explican las reglas que debe seguir cuando obtenga sus medicamentos de la Parte D. Se indica cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber qué medicamentos se cubren. Se indica qué medicamentos *no* se cubren. Explica varios tipos de restricciones que

aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde puede surtir sus medicamentos con receta médica. Habla sobre los programas del plan relacionados con la seguridad de los medicamentos y cómo manejarlos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D 140

Se explican las 4 etapas de la cobertura para medicamentos (*Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en caso de catástrofe*) y de qué manera estas etapas afectarán lo que usted paga por sus medicamentos. Se explican los 6 niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y se indica cuánto debe pagar por un medicamento en cada nivel de distribución de costos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 161

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. Tus derechos y obligaciones 169

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

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 182

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 recibiendo la atención médica o medicamentos con receta médica 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 con receta médica y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura terminará 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 finalizar su membresía en el plan 249

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 al plan.

Capítulo 11. Avisos legales 260

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

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes 265

Explica los términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Cómo comenzar como miembro

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7

Sección 1.1 Usted está inscrito en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, el cual es un Plan especializado de Medicare Advantage (Plan para necesidades especiales) 7

Sección 1.2 ¿Sobre qué trata el cuadernillo de *Evidencia de Cobertura*? 8

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura* 8

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan? 9

Sección 2.1 Sus requisitos de idoneidad 9

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y Parte B de Medicare? 9

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid? 10

Sección 2.4 Aquí le presentamos el área de servicios de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP 10

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o residente legal 11

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros? 11

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan; utilícela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos 11

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores*: su guía de todos los proveedores de la red del plan 12

Sección 3.3 El *Directorio de farmacias*: su guía de farmacias de nuestra red 13

Sección 3.4 *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan 13

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): consta de un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D 14

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP 14

Sección 4.1 ¿Cuánto paga la prima del plan? 14

Sección 4.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? 16

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan 16

Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tengamos la información precisa sobre usted 16

SECCIÓN 6 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud 17

Sección 6.1 Nos aseguramos de proteger su información personal de salud 17

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 18
Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 18

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, el cual es un Plan especializado de Medicare Advantage (Plan para necesidades especiales)

Usted posee cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

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

Eligió obtener su atención médica y cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP es un Plan Medicare Advantage especializado (un "Plan para necesidades especiales" de Medicare), lo cual significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a obtener asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid con los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede proporcionarle-otros beneficios mediante la cobertura de servicios de atención médica que no suelen estar cubiertos por Medicare. También puede recibir "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP lo ayudará a administrar todos estos beneficios a fin de que obtenga los servicios de atención médica y asistencia de pago a los que tiene derecho.

Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP es administrado por una empresa privada. Al igual que todos los planes de Medicare Advantage, este Plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Texas a fin de coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura bajo este plan se considera una Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de

la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) en http://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 cuadernillo 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, los servicios médicos y los medicamentos recetados que tiene disponibles como miembro de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP.

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 cuadernillo de *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 están impresos en la contraportada 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 *Dual Advantage* HMO D-SNP 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".

El contrato tiene efecto los meses en los que usted se encuentra inscrito en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP entre el 1 de enero del 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

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 *Dual Advantage* HMO D-SNP después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir cancelar el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services]) debe aprobar Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP 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 reunir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de idoneidad

Usted reúne las condiciones para la membresía de nuestro plan siempre que:

- tenga la cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare (en la Sección 2.2, se le brinda información sobre la Parte A y Parte B de Medicare);
- -- *y* -- viva en el área geográfica de servicio (la Sección 2.4 describe nuestra área de servicio);
- -- *y* -- sea ciudadano estadounidense o resida de forma legal en los Estados Unidos.
- -- *y* -- que cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados). A fin de ser elegible para nuestro plan usted debe ser elegible para Medicare y Medicaid.

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero se espera razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de 3 meses, entonces usted todavía es elegible para ser miembro de nuestro plan (en el Capítulo 4, Sección 2.1, se informa acerca de la cobertura y la distribución de costos durante un período de elegibilidad continuada).

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

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

- La Parte A de Medicare suele ayudar a cubrir los servicios prestados por los hospitales (para servicios de hospitalización, centros de enfermería especializada o agencias de salud en el hogar).
- La Parte B de Medicare corresponde a 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, EMD] y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo ejecutar su programa mientras cumplan con las pautas federales.

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 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas y otra distribución 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 específico de Medicare Plus para personas de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid.

Sección 2.4 Aquí le presentamos el área de servicios de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP

Aunque Medicare sea un programa Federal, Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP solo está disponible para las personas que viven en el área de servicios de nuestro plan. Para continuar como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicios del plan. El área de servicios se describe a continuación.

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

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo esto afectará a sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se presentan en el Capítulo 2, Sección 6 de este cuadernillo.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada 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 e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o residente legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano estadounidense o un residente legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP si usted no es elegible para seguir siendo miembro en función de este requisito. Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP puede cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan; utilícela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos

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

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 *Dual Advantage* HMO D-SNP, es posible que 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 es tan importante: si mientras es miembro del plan, utiliza su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul en lugar de su tarjeta de membresía de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP para recibir servicios con cobertura, es posible que 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 están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores*: su guía de 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 toda 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 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 de urgencia necesarios en caso de que la red no esté disponible (en general, cuando usted se encuentra fuera del área de servicio), los servicios de diálisis fuera del área del servicio y los casos en que el Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP autorice la prestación de servicios por parte de los proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la 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 están impresos en la contraportada 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 ver el *Directorio de proveedores* en http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/. Tanto el Servicio de 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 farmacias de 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 http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo. **Revise el *Directorio de farmacias* para el 2022 si quiere ver qué farmacias están en nuestra red**.

En el *Directorio de farmacias*, también se le informará cuál de las farmacias de nuestra red tiene distribución de costos preferidos, que 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 están impresos en la contraportada 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://memorialhermann.org/medicare/.

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

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos la "Lista de Medicamentos" para abreviar. Especifica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo sus beneficios de Medicaid. En la Lista de medicamentos, podrá averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

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 aprobó la lista de medicamentos del Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP.

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. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-drug-list) o llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): consta de un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamento con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos con receta médica de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o "EOB de la Parte D").

En la *Explicación de beneficios de la Parte D,* se le informa el monto total que usted u otras personas 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. En el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*), se brinda más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo esta puede ayudarlo a llevar el control de la cobertura de sus medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra disponible previa solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP

Sección 4.1 ¿Cuánto paga la prima del plan?

Usted no paga una prima mensual del plan aparte por Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP. La "Ayuda Extra" de Medicaid paga la prima del plan en nombre de los miembros.

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

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser mayor al monto detallado anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe 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

comenzaron a reunir las condiciones o debido a que permanecieron durante un periodo continuo de 63 días o más sin cobertura "acreditable" de medicamentos recetados. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la penalidad de inscripción tardía de 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 recibe "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.
- Si pierde Ayuda Extra, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.
- 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.

- 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 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.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la sección 2, para ser elegible para nuestro plan, debe tener derecho a Medicare y estar inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, Medicaid paga por su prima de la Parte A (si usted no califica para ella automáticamente) y por su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informa en su declaración de impuestos del IRS 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 tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan Medicare,** le enviará una carta informándole cuál será el monto adicional. Si experimentó un evento que cambió sus circunstancias y causó que sus ingresos bajaran, puede solicitar al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si está obligado a pagar el monto adicional y no lo paga, se <u>cancelará</u> su suscripción del plan.**
- También puede visitar <u>www.medicare.gov</u> 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.

En su copia del cuadernillo de *Medicare y Usted 2022*, puede encontrar información sobre estas primas en la sección titulada "Costos de Medicare para 2022". Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del cuadernillo de *Medicare y Usted 2022* cada año durante el 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 del cuadernillo *Medicare y Usted 2022* desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). También puede pedir 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 4.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrarle una 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 vigor el 1.o de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan

Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tengamos la información precisa sobre usted

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida 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 costos compartidos 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;
- 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 lo 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 telefónicos aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

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

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 7 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 a Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la cubierta posterior de este folleto).

SECCIÓN 6 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1 Nos aseguramos de proteger 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.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando 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 pagan 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. El pagador secundario puede no pagar todos los costos que no se cubrieron.

Las siguientes normas se aplican a la cobertura de planes de salud de grupo de un 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, quién 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. Estos pagan únicamente después de que haya pagado Medicare o el plan de salud para grupos del empleador.

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital o farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior 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

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP (cómo contactarse con nosotros, que incluye cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente del plan)..... 22**

SECCIÓN 2 **Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del Programa federal Medicare)..... 30**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)..... 32**

SECCIÓN 4 **Organización de Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare)..... 33**

SECCIÓN 5 **Seguro Social 34**

SECCIÓN 6 **Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados) 35**

SECCIÓN 7 **Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados 37**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios 41**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?..... 42**

SECCIÓN 1 Contactos de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP

(cómo contactarse con nosotros, que incluye 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 *Dual Advantage* HMO D-SNP. Será un gusto ayudarlo.

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 es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. El Servicio 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 es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
ESCRIBA A	Memorial Hermann *Advantage* HMO 929 Gessner Road Suite 1500 Houston, TX 77024
SITIO WEB	http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre 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 cómo pedir decisiones de cobertura sobre la atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un 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 la atención médica: información de contacto**
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(713) 338-6982
ESCRIBA A	Memorial Hermann *Advantage* HMO Medical Management 929 Gessner Road Suite 1500 Houston, TX 77074
SITIO WEB	http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

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

Método	Apelaciones sobre la Atención Médica: información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(713) 338-5811
ESCRIBA A	Memorial Hermann *Advantage* 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 un reclamo acerca de nosotros o de uno de los proveedores de nuestra red, incluido un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre la apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Método	Quejas sobre la Atención Médica: información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(713) 338-5811
ESCRIBA A	Memorial Hermann *Advantage* HMO Appeals & Grievances 929 Gessner Road Suite 1500 Houston, TX 77024
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP 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 de cobertura sobre 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 de la cobertura de sus medicamentos con receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	**Decisiones sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto**
LLAME AL	(866) 270-3877 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de 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/pharmacy-benefits/part-d-coverage-determinations

Cómo contactarnos cuando esté presentando una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	**Apelaciones por los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto**
LLAME AL	(866) 270-3877 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de 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/pharmacy-benefits/part-d-appeals-grievances

Cómo contactarnos cuando esté presentando un reclamo por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	**Quejas por los medicamentos con receta médica de la Parte D: información de contacto**
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(713)-338-5811
ESCRIBA A	Memorial Hermann *Advantage* HMO Appeals & Grievances 929 Gessner Road Suite 1500 Houston, TX 77024
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido

Para obtener 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*).

Nota: 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 es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de apertura es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(713) 338-6550
ESCRIBA A	Memorial Hermann Health Plan ATTN: Medical Claims Department – Member Reimbursement 929 Gessner Road, Suite 1500 Houston, TX 77024
SITIO WEB	http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Método	Solicitudes de pago: información de contacto de medicamentos con receta médica 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/pharmacy-benefits/part-d-coverage-determinations

SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del Programa federal 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.

Método	Medicare: información de contacto
TTY	1-877-486-2048 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: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes Medicare:** brinda información personalizada acerca de planes disponibles de medicamentos con receta médica de Medicare, planes médicos de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un *cálculo* de lo que pueden ser sus costos de gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que pudiera tener de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP: • **Informe a Medicare su queja:** puede presentar una queja sobre el Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP 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, su biblioteca local o 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del Gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP es llamado 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 del seguro de salud local a personas que cuentan con cobertura de Medicare.

Los consejeros del Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) pueden ayudarle con sus dudas y problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a poner 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 (HICAP) también pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes Medicare y a responder preguntas sobre cambios de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*.
- Haga clic en "**Formularios, ayuda y recursos**" en el extremo derecho del menú en la parte superior.
- En el menú desplegable, haga clic en "**Números de teléfono y sitios web**".
- Ahora tiene varias opciones:
    - Opción 1: puede tener un **chat en vivo**.
    - Opción 2: puede hacer clic en cualquiera de los "**TEMAS**" en el menú de la parte inferior.
    - Opción 3: puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) (Texas SHIP): 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://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare)

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

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.
- Si 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) va a terminar antes de tiempo.

Método	KEPRO: (Organización para la Mejora de la Calidad de Texas): información de contacto
LLAME AL	(888) 315-0636 (833) 868-4060 (fax) Horario de atención de la línea de ayuda: Días de semana: de 9 a. m. a 5 p. m., hora del este, del centro y de la montaña. Fines de semana y días festivos: de 11 a. m. a 3 p. m., hora del este, del centro y de la montaña.
TTY	(855) 854-4776 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/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años de edad o mayores 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. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del 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 tienen 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 a. m. a 7 p. m. 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 a. m. a 7 p. m. de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid
(un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Texas Medicaid.

Método	Texas Medicaid: información de contacto
LLAME AL	(800) 252-8263
TTY	711 o (800) 486-2048 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	Texas Medicaid & Healthcare Partnership ATTN: Third Party Resources/TORT P.O. Box 202948 Austin, TX 78720-2948 Correo electrónico: medicaid@hhsc.state.tx.us
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/Medicaid-chip

La Oficina del Defensor (Office of the Ombudsman) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o apelación de nuestro plan.

Método	Oficina del Defensor: información de contacto
LLAME AL	(800) 252-2412 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes
TTY	711 o (800) 735-2989 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	Office of the Ombudsman P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247 Fax: (888) 780-8099
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/ombudsman

La Oficina del Defensor de Cuidados a Largo Plazo (Long-term Care Ombudsman's Office) ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

Método	Oficina del Defensor de Cuidados a Largo Plazo: información de contacto
LLAME AL	(800) 252-2412
TTY	711 o (800) 735-2989 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	Office of the Long-term Care Ombudsman P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247 Correo electrónico: ltc.ombudsman@hhsc.state.tx.us
SITIO WEB	https://apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/

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

Programa "Ayuda Extra" de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califican y ya están recibiendo la "Ayuda Extra" de Medicare, la cual ayuda a pagar los costos del plan de medicamentos con receta médica.

Medicare ofrece "Ayuda Extra" (Extra Help) 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. Aquellos que califican obtienen ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos recetados de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos recetados. Esta "Ayuda Extra" (Extra Help) también se contabiliza para los gastos de bolsillo.

Algunas personas califican automáticamente para obtener "Ayuda Extra" y no necesitan solicitarla. Medicare les envía una carta a las personas que automáticamente reúnen los requisitos para participar del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre la "Ayuda Extra", llame al:

- 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; o
- La Oficina Estatal de Medicaid (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si piensa que ha reunido los requisitos para recibir "Ayuda Extra" 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 natural 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 impresión 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.
- Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) en la que se demuestra que la persona recibe Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI).
- Una solicitud presentada por Considerado Elegible en la que se confirma que el beneficiario es "automáticamente elegible para ayuda extra" (publicación de la SSA HI03004.605).
- 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 están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si tiene cobertura en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica?

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 Extra" [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 el periodo 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 (ADAP)?
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas con VIH/SIDA que reúnen los requisitos para obtener ADAP a tener acceso a los medicamentos contra el VIH que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de Medicare de la Parte D que también tienen cobertura del ADAP califican para la asistencia en la distribución de costos en recetas a través del Programa de Medicación para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP). Nota: Con el fin de reunir los requisitos para obtener el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de Estado y la condición de SIDA, bajos ingresos según lo defina el Estado, y estado 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, notifíquele a su trabajador local de inscripción en el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) acerca de cualquier cambio en su nombre de plan o número de póliza de la Parte D de Medicare. Programa de Medicación para el VIH de Texas (THMP); llame gratis al THMP 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 (THMP) al número (800) 255-1090.

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

La mayoría de nuestros miembros reciben "Ayuda Extra" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted recibe "Ayuda Extra", el Programa de Descuento durante la Etapa de Período sin Cobertura de Medicare no se aplica a usted. Si recibe "Ayuda Extra", 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 comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo con que le debemos un descuento, puede apelar. Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) puede ayudarlo 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 (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 Asistencia Médica Renal de Texas (KHC) y el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para VIH de Texas (SPAP).

Método	**Programa de Asistencia Médica Renal (KHC) de Texas y Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para VIH (SPAP) de Texas*:* información de contacto**
LLAME AL	(800) 222-3986 para comunicarse con el Programa de Asistencia Médica Renal de Texas. El horario es de 8 a. m. a 5 p. m., hora central, de lunes a viernes. (800) 255-1090 para comunicarse con el Programa de Asistencia Farmacéutica para VIH (SPAP) de Texas. El horario 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 Texas HIV State Pharmacy Assistance Program (SPAP) Attn: MSJA, MC 1873 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347

Método	Programa de Asistencia Médica Renal (Kidney Health Care, KHC) de Texas y Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para VIH (State Pharmacy Assistance Program, SPAP) de Texas: información de contacto
SITIO WEB	Texas Kidney Health Care Program https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care Texas HIV State Pharmacy Assistance Program (SPAP) https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm

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

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si 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, 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 los días lunes, martes, jueves y viernes de 9 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9 a. m. a 12 p. m. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a información registrada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
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 *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios del 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/sindicato o al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud o las primas de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge). (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este cuadernillo). 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 o sobre los períodos de inscripción para realizar un cambio.

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 con receta médica 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

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 red" y los "servicios cubiertos"?.....46

Sección 1.2 Normas básicas para recibir la atención de la salud cubierta por el plan 46

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica 48

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica 48

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 50

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad de atención urgente o durante un desastre 50

Sección 3.1 Recibir atención si tiene una emergencia médica.....50

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando la necesita urgentemente 52

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre.....53

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? 53

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 53

Sección 4.2 ¿Qué debería hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan? 53

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un "estudio de investigación clínica"? 54

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?.....54

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por qué? 55

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención de salud no médica" 56

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de atención médica?.....56

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención de salud no médica.....56

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero 57

Sección 7.1 ¿Adquirirá la propiedad del equipo médico duradero luego de realizar cierta cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan? 57

SECCIÓN 8 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno 58

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 58

Sección 8.2 ¿Cuál es su distribución de costos? ¿Cambiará después de 36 meses? 58

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare? 59

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. Ofrece definiciones de términos y le explica las normas que tendrá que seguir para obtener los tratamientos y servicios médicos y otra atención médica que estén cubiertos por el plan.

Para conocer los detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, consulte el cuadro de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de red” y los “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:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de atención de la salud a los que el estado autoriza para brindar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de distribución de costos como pago total. 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 no paga nada o solo paga su parte del costo de sus servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda atención médica, servicios, suministros y equipos de atención médica que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos para la atención de la salud se detallan en el cuadro de beneficios incluido en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir la atención de la salud cubierta por el plan

Como un plan de salud de Medicare, Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare. (Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este cuadernillo).

El plan Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, por lo general, cubrirá su atención médica, siempre y cuando, cumpla con los siguientes criterios:

- **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.
- **Usted cuente 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).
    - Si no selecciona un PCP en el momento de la inscripción, se le asignará uno de forma automática en función de su ubicación geográfica. Deberá llamar al Servicio de Atención al Cliente al 855 645-8448 si necesita ayuda para localizar y asignar un PCP diferente. Después de asignar un nuevo PCP, recibirá una nueva tarjeta de identificación y el PCP aparecerá allí. Los cambios en la selección del PCP se producirán el día 1 del mes siguiente. Espere hasta 30 días para recibir una nueva tarjeta de identificación.
    - No está obligado a tener una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios urgentemente necesaria. También puede obtener otro tipo de atención sin que sea necesaria la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (si desea obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2 en 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, cubriremos estos servicios como 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 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre servicios de diálisis renal que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Utilice 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 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 Geriatría. Un PCP es el proveedor de atención primaria que gestiona su atención médica general y coordina su atención junto con otros proveedores según sea necesario.

- Nota: Hay ocasiones en que su PCP puede tener otro proveedor que cubra para ellos (p. ej., el Dr. Jones está de vacaciones y el Dr. Smith de su consultorio lo cubre); en esta situación, usted es responsable del copago del PCP. Sin embargo, si consulta a un proveedor de atención primaria de salud que no es su PCP (o un proveedor que cubre a su PCP), será responsable del copago del especialista del plan.

¿Cómo elige a su PCP?

Como miembro de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, si no seleccionó un PCP en el momento de la inscripción, debe elegir un Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician, PCP) de nuestra red de proveedores contratados. Si no selecciona un PCP en el momento de la inscripción, el Plan puede identificar uno para usted con su historial de reclamos en archivo. Si el plan no tiene su historial de reclamos, se asignará de manera automática un PCP en función de su ubicación geográfica.

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 usted tenga que encontrar un PCP nuevo.

Si desea cambiar de PCP, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Cliente, donde un representante lo asistirá en este cambio. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. (El número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente está impreso en la contraportada 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 afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas afecciones 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 una remisión de su PCP para ver a un especialista.

Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 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 es posible que necesite obtener la aprobación por anticipado de nuestro Plan (autorización previa). Consulte la Cuadro de Beneficios del Capítulo 4, Sección 2.1 para revisar qué servicios pueden 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 especializados.
- Haremos nuestro mayor esfuerzo por avisarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que tenga tiempo para 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 calificado 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 están impresos en la contraportada 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, puede recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o urgentemente necesarios 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 por 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.

Traspaso de la atención para nuevos miembros

Los nuevos miembros que estén recibiendo un tratamiento activo de un proveedor fuera de la red pueden seguir obteniendo los servicios de ese proveedor previa aprobación del Plan. El plan podría cubrir hasta 90 días de este curso 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 al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la cubierta posterior de su tarjeta de identificación de miembro).

Los miembros pueden obtener el formulario de Continuidad de la Atención en el siguiente sitio web: http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/.

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

Sección 3.1 Recibir 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 una remisión 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 deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

¿Qué 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, hablaremos 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 condición 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.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría entrar por una emergencia médica, 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 considere 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 son "servicios necesarios de urgencia" y usted sigue las reglas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando la necesita urgentemente

¿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. Los servicios médicos que se necesitan con urgencia los pueden proporcionar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son 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 urgente de atención?

Usted siempre debe tratar de obtener estos servicios de un proveedor de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o son 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, 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.

¿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 servicios y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá la necesidad de atención urgente que reciba de cualquier otro proveedor.

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

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

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

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

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 con receta médica en una farmacia que no pertenezca a la red. Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si pagó una parte mayor por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debería hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos (este cuadro aparece en el Capítulo 4 de este cuadernillo) 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.

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 un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) tiene más información sobre qué hacer si quiere una decisión de 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 están impresos en la contraportada 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 una "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 buscar voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y los científicos a descubrir si un nuevo enfoque es eficaz y seguro.

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

Una vez que Medicare o nuestro plan apruebe el estudio, alguna persona que trabaje en él se comunicará con usted para proporcionarle más detalles sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo llevarán a cabo. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio *y* usted entiende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando 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 tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita tener la aprobación nuestra o de su PCP. Los proveedores que le proporcionen atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de nuestra red de proveedores.

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentras en la cubierta posterior 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 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por 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 de Original Medicare y la distribución de costos que le corresponde a usted 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.

> *Este es un ejemplo de cómo funciona la distribución de costos.* Supongamos que debe hacerse análisis de laboratorio por $100 como parte del estudio de investigación. Asumamos también que su parte del costo para este examen es $20 en Original Medicare, pero el examen sería solo $10 bajo los beneficios del 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 pagará por nada de lo siguiente**:

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo 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.
- 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 tomografía computarizada.

¿Quiere saber más?

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

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención de salud no médica"

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de atención médica?

Una institución religiosa para la atención de la salud no médica 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 para la atención de la salud. Usted puede decidir si busca atención médica en cualquier momento, por cualquier razón. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud por motivos no médicos). Medicare únicamente pagará por los servicios de atención médica no médica proporcionados por instituciones religiosas no médicas de atención de la salud.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención de salud no médica

Para obtener atención de una institución religiosa para la atención de la salud no médica 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 médico "no excluido" es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no obligatorio* por ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento médico "excluido" es la atención o el tratamiento médico que reciba y sea *No* voluntario o *sea requerido* en virtud de la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a *aspectos no religiosos* de la atención.
- 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 la aprobación previa de nuestro plan antes de que lo admitan en el centro, o su hospitalización no estará cubierta.

Los límites de cobertura de hospitalización del plan se aplican a la atención recibida en una institución religiosa no médica de atención 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 ¿Adquirirá la propiedad del equipo médico duradero luego de realizar cierta cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) 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 *Dual Advantage* HMO D-SNP, por lo general, no podrá adquirir la propiedad de artículos de DME alquilados, independientemente del monto de copagos que 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 están impresos en la contraportada 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 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, mientras esté inscrito, Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP 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 Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP o ya no requiere médicamente equipos de oxígeno, 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.

Los costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito durante 36 meses en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP.

Si antes de inscribirse en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, sus costos compartidos en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP son del 20 % de coseguro.

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 inscripción en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, se une a Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP 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 *Dual Advantage* HMO D-SNP 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)

SECCIÓN 1 Cómo entender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos 62

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que posiblemente pague por los servicios cubiertos 62

Sección 1.2 ¿Cuál es el mayor monto que pagará por los servicios médicos cubiertos?.....62

Sección 1.3 Nuestro plan no le permite al proveedor “facturarle a saldo” 63

SECCIÓN 2 Utilizar el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué servicios tiene cubiertos y cuánto pagará..... 64

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 64

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 108

SECCIÓN 4.1 ¿Qué servicios *no* están cubiertos por el plan?.....108

SECCIÓN 1 Cómo entender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y en lo que usted paga por estos servicios. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y que muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP. 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 costos de bolsillo que posiblemente pague por los 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. (En el Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2, se 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. (En el Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2, se le brinda más información sobre los coseguros).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros llegan a este monto máximo de gastos propios. Si es elegible para la ayuda de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se aplican para el cálculo de este monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto de gastos de bolsillo que debe pagar cada año por servicios médicos cubiertos por nuestro plan (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 *Dual Advantage* HMO D-SNP, el monto máximo que tendrá que pagar en gastos de bolsillo por servicios en 2022 *es de* $7,550.00. Los montos que

paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos se aplican al cálculo de este monto máximo de gastos de bolsillo. (Los montos que paga por las primas del plan y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se aplican a su gasto máximo de bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos). Si alcanza el monto máximo de bolsillo de $7,550.00, no tendrá que pagar costos de gastos de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe seguir 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 le permite al proveedor “facturarle a saldo”

Como miembro de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, una protección importante para usted es que solo deberá pagar su suma de costos compartidos cuando reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como “factura a saldo”. Esta protección (por la que nunca paga más de su monto de distribución de costos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que 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 se determine en el contrato celebrado 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 una remisión).
    - 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 una remisión).
- Si usted cree que un proveedor le ha cobrado más de lo acordado, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en el reverso de este cuadernillo).

SECCIÓN 2 Utilizar el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué servicios tiene cubiertos y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En el Cuadro de beneficios médicos, incluido en las siguientes páginas, se enumeran los servicios que cubre Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP y las sumas que deberá pagar 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.
- 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 en negrita.

Otros datos importantes que debe conocer acerca de su cobertura:

- Usted posee cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su distribución de costos de los servicios de Medicare. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual de *Medicare y Usted 2022*. Consúltelo en Internet en www.medicare.gov o solicite una copia 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 también recibe tratamiento o control para alguna enfermedad existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la enfermedad existente.
- Algunas veces, Medicare agrega cobertura bajo Original Medicare para los servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si usted se encuentra dentro del período de 3 meses de elegibilidad continuada, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, *no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos por los que el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid*. Los montos de distribución de costos de Medicare para los beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este período.

Si usted es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted no paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Consulte el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en el Resumen de beneficios. Comuníquese con la Agencia de Medicaid de Texas para determinar su nivel de distribución de costos. Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una única exploración por ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre estas pruebas de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermera, o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para estas pruebas de detección preventivas.

Servicios cubiertos	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
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: • con una duración de 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etcétera); • no relacionado con una cirugía; y no relacionado con el embarazo.	• El 20 % del costo de los servicios de terapia de acupuntura cubiertos por Medicare.

Acupuntura para dolor crónico en la parte inferior de la espalda (continuación) Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no está mejorando o si presenta retroceso. Requisitos del proveedor: Los médicos (tal como se definen en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (physician assistants, PA), las enfermeras practicantes (nurse practitioners, NPS), las enfermeras especializadas clínicas (clinical nurse specialists, CNS) (según se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM). • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar en el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS exigido por nuestra normativa en el título 42 de los párrafos 410.26 y 410.27 del CFR.	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria, al centro apropiado más cercano que pueda ofrecer atención solo si se proporcionan para un miembro cuya afección médica sea tal que otro medio de transporte pueda poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autorizara.	• El 20 % del costo de los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por viaje de ida.

Servicios de ambulancia (continuación) • 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 dicho transporte en ambulancia es médicamente requerido.	• El 20 % del costo de los servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare por viaje de ida. • **Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia de Medicare que no sean de emergencia.**
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. La misma está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera visita de bienestar anual 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 debe pagar coseguros, copagos ni deducibles para la visita anual de bienestar.
Densitometría ósea Para las personas que califican (por lo general, 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 debe pagar coseguros, copagos o 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 debe pagar coseguros, copagos o 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.	• El 20 % del costo de los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
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 debe pagar coseguros, copagos o 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 debe pagar coseguros, copagos o 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 debe pagar coseguros, copagos o deducibles por las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación.	• El 20 % del costo para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare

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 una alternativa) cada 24 meses.

Para las personas que no tienen riesgo elevado de tener cáncer colorrectal, cubrimos:

- Colonoscopía de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia de detección.
- Además, cubrimos a miembros de 45 a 49 años.

No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Servicios dentales En general, los beneficios 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: • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Servicios endodónticos • Servicios periodontales • Servicios de extracción • Prostodoncia, otra cirugía de boca o maxilofacial y otros servicios • Servicios que no sean de rutina **Para obtener más información sobre sus beneficios dentales, consulte el anexo de beneficios de Liberty Dental o comuníquese con ellos al (866) 674-0114.**	Beneficio máximo anual del plan: $1,500.00 <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>: • Copago de $50.00 para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare • Coseguro del 0 % para servicios de diagnóstico • Coseguro del 0 % para servicios de restauración • Coseguro del 0 % para endodoncia • Coseguro del 0 % para periodoncia • Coseguro del 0 % para extracciones • Coseguro del 0 % para prostodoncia, otra cirugía oral o maxilofacial y otros servicios • Copago de $0 para los servicios que no sean de rutina

Prueba de detección de la 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 y/o remisiones.	No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para la visita anual de prueba de detección de depresión.
Prueba de detección de la 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 debe pagar coseguros, copagos o 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.

Entrenamiento de autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes

Para todas las personas que tienen diabetes (ya sean insulinodependientes 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 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.

- El 0 % del costo de marcas preferidas de suministros para diabéticos (incluidos los medidores y las tiras reactivas) cuando se surten en farmacias de la red.
- El 20 % del costo de marcas no preferidas de suministros para diabéticos (incluidos los medidores y las tiras reactivas).

Capacitación sobre autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)	• El 20 % del costo de los suministros para diabéticos obtenidos en farmacias que no son de la red (es decir, proveedores de equipo médico duradero [durable medical equipment, DME]). • El 20 % del costo de la capacitación sobre autoadministración para pacientes con diabetes cubierto por Medicare • El 20 % del costo para 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. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene 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/. Por lo general, Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes en esta lista. No cubrimos otras marcas o fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP y está utilizando una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos	• El 20 % del costo de todo el DME cubierto por Medicare. • **Se requiere autorización previa para el DME que supere los $500.00.** • El 20 % del costo de medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare, entre los que se incluyen las inyecciones para la alergia.

DME y suministros relacionados (continuación) cubriendo esta marca por usted durante un máximo de 90 días. Durante este tiempo, deberá hablar con su médico para decidir cuál marca es médicamente apropiada para usted después del período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive para obtener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de cuál producto o marca es el adecuado para su afección médica. Consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* para obtener más información.	• **Se requiere autorización previa para los medicamentos que superen los $1000.00.** • 0 % del costo de los suministros para pruebas de la diabetes cubiertos por Medicare (glucómetro y tiras reactivas) de proveedores preferidos (Abbott y Roche). Los suministros no preferidos para pruebas de la diabetes cuestan un 20 % del costo.

Atención de emergencia Atención de emergencia hace referencia a los servicios que: • son proporcionados por un proveedor acreditado 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.	• El 20 % del costo de todos los servicios que sean de carácter de emergencia cubiertos por Medicare. • Distribución de costos máxima de $90.00 por visita. • El 20 % del costo de los servicios que sean de carácter de emergencia mundiales. • Se suspende el coseguro para esta visita si es hospitalizado.
Atención de emergencia (continuación)	Si recibe atención que es de carácter 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, 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 el programa a continuación:

- **Examen físico completo anual**
- **Línea de servicios de enfermería 24/7**

  Nuestro plan ofrece triaje de Enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana.
- **Visitas virtuales**

  Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana a través de Teladoc. Puede registrarse o iniciar sesión en Teladoc en https://www.teledoc.com/.
- **Membrecía en Gimnasios**

  Nuevas y entretenidas maneras de ponerse en forma y mantenerse saludable. El programa Silver & Fit consta de lo siguiente:
  - Ser un miembro del gimnasio Silver & Fit o del centro de acondicionamiento físico que participa en el programa básico de Memorial Hermann *Advantage* Plus HMO no tiene 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).

- Copago de $0.00 para el examen físico anual integral.
- Copago de $0.00 para los servicios de línea de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana a través del número gratuito de enfermería especializada.
- Copago de $0.00 para visitas telefónicas a médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, disponibles en todo el país a través de Teladoc.
- Copago de $0.00 para visitas virtuales a través de Memorial Hermann; el horario es limitado. Disponible en todo Texas.

Programas de educación sobre salud y bienestar

- 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 de servicio debe usarse una ubicación disponible del club de acondicionamiento físico contratado. Las ofertas de clases específicas varían de una ubicación a otra.

- Copago de $0.00 para programas de Acondicionamiento Físico a través del programa de kit de ejercicios en el hogar.

Artículos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)

Nuestro plan también proporciona reembolsos por ciertos medicamentos de venta sin receta. Para obtener más información, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).

- Reembolso máximo del plan de $75.00 cada tres (3) meses para artículos OTC.

Servicios de transporte

Los medios de transporte incluyen taxi, servicios de transporte compartido, autobús, metro, furgoneta y transporte médico.

- Sesenta (60) ocasiones de transporte de ida a una ubicación relacionada con el cuidado de la salud por año.

Beneficio de comidas

Beneficios de comidas de duración limitada relacionados con la salud inmediatamente después de la cirugía o la hospitalización del paciente.

- Diez (10) comidas después del alta después de cada cirugía o alta hospitalaria durante el año de beneficio.

Servicios de audición

Las evaluaciones de diagnóstico de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado.

- Copago de $0.00 para examen básico de audición y equilibrio.
- Copago de $10.00 por el examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibro 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 de detección durante un embarazo.

No hay coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para 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 a domicilio, su médico debe certificar que usted lo necesita y le solicitará a una agencia de atención médica a domicilio 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:

- Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar, 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 de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana).
- fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- servicios médicos y sociales;
- equipo y suministros médicos.

- Copago de $0.00 por visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.
- **Se requiere autorización previa.**

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 domicilio. 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 no están cubiertas por el beneficio de equipos médicos duraderos.
- Monitoreo remoto.
- Servicios de monitoreo para la provisión 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.
- Los servicios de infusión a domicilio también pueden incluir quimioterapia, agentes antiinfecciosos y otros medicamentos especiales para tratar diversas afecciones.

- El 20 % de la terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare.
- **Se requiere autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare que superen los $1,000.00.**

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 para enfermos terminales 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.

Para los servicios de cuidados paliativos y para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal, Original Medicare (y no nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa del centro para enfermos terminales, su proveedor del centro para enfermos terminales le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga.

Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados por su pronóstico terminal, 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 Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare, Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por las Partes A o B, ya sea que estén relacionados o no con su diagnóstico

Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, pagará sus servicios de cuidados paliativos y los servicios de las Partes A y B relacionados con su diagnóstico terminal.

Se requiere autorización previa.

terminal. Usted paga el monto de distribución de costos de su plan por estos servicios.	
Cuidados paliativos (continuación) Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan, los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?*). **Nota:** Si necesita atención que no es de un centro de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • vacuna contra la neumonía; • vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, 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; • vacuna contra el COVID-19; • 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 debe pagar coseguros, copagos o deducibles por las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios de hospital para casos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención de largo plazo y otro tipo de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted es formalmente internado en el hospital con una orden del médico. El día anterior al alta se considera su último día como paciente hospitalizado. Días ilimitados por cada periodo de beneficios.	• El 20 % del costo por cada día de hospitalización del paciente cubierto por Medicare. • **Se requiere autorización previa.**

Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario); • 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; • servicios para tratar el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • En algunas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: 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. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicios de nuestro plan. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del área de atención de la comunidad, usted decide si desea obtener sus servicios localmente, siempre y cuando el proveedor de trasplantes local esté dispuesto a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del área de atención de la comunidad y usted elige obtener su trasplante en esa ubicación lejana, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y el transporte apropiados para usted y su acompañante. • Sangre: incluido el almacenaje y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite. Su Plan pagará los costos de los primeros 3 pintas de sangre que recibe en un año natural. Todos los otros	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.

componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza. • Servicios de médicos.	
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) **Nota:** Para que se lo considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Incluso si se aloja en el hospital por la noche, puede que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si usted tiene Medicare – ¡Pregúntelo!". Esta hoja informativa está disponible en internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
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. **Los servicios de salud mental y abuso de sustancias se proporcionan a través de nuestro socio, Optum Behavioral Health. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al (855) 645-8448 para obtener ayuda con preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para ayudar a localizar un proveedor de la red cerca de usted.**	• El 20 % del costo de todos los servicios de salud mental para pacientes internados cubiertos por Medicare. • **Se requiere autorización previa.**

Estadía para pacientes hospitalizados: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o en un SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta Si ha agotado sus beneficios de internación o si la internación no es razonable ni necesaria, no cubriremos su internación. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras se encuentra en el hospital o en el centro de servicios de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de médicos.	• Usted paga el 100% de los cargos de la institución por una internación no cubierta o una internación en un centro de atención de enfermería especializada (SNF).
Estadía para pacientes hospitalizados: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o en un SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • 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. • 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 necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente. • Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional.	• 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 hospitalización no cubierta en un SNF. • Consulte los costos de los servicios para pacientes ambulatorios más adelante. • **Se requiere autorización previa.**

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 o 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 para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (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 para 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 utilizando 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 inmunodepresores, si se inscribió en Medicare Parte A en el momento del trasplante de órgano.
- Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con 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.
- Determinados medicamentos para la 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 eritrocitopoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria.

También cubrimos algunas vacunas en el marco de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.

- El 20 % del costo para los medicamentos de la Parte B cubiertos por la Parte B de Medicare (Original Medicare).
- El 20 % del costo para los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B.
- **Se requiere autorización previa para medicamentos de la Parte B que superen los $1000.00.**

Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) 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, incluimos 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 de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información.	No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para pruebas preventivas de detección de obesidad y terapia.
Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar dicho trastorno a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), el cual incluye los siguientes servicios: • Los Medicamentos agonistas y antagonistas opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de Estados Unidos. • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde). • Asesoramiento por abuso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades para el consumo. • Evaluaciones periódicas.	• El 20 % del costo de los servicios del programa de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare. • **Se requiere autorización previa.**

Servicios del programa de tratamiento con opioides (continuación) **Los servicios de salud mental y abuso de sustancias se proporcionan a través de nuestro socio, Optum Behavioral Health. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al (855) 645-8448 para obtener ayuda con preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para ayudar a localizar un proveedor de la red cerca de usted.**	
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. • Sangre: incluido el almacenaje y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite. Su Plan pagará los costos de los primeros 3 pintas de sangre que recibe en un año natural. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorio, como exploraciones de TAC, RM y PET.	• El 20 % del costo de las pruebas de diagnóstico ambulatorio y de los servicios y suministros terapéuticos cubiertos por Medicare. • **Se requiere autorización previa solo para los servicios de diagnóstico de gama alta (por ejemplo, TAC, RM, PET, etc.).**

Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación para pacientes ambulatorios son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ingresar como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación 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.	• El 20 % del costo de los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. • **Se requiere autorización previa.**
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación) **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. Incluso si se aloja en el hospital por la noche, puede que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si usted tiene Medicare – ¡Pregúntelo!". Esta hoja informativa está disponible en internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf. También puede llamar 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. • Exámenes de laboratorio y laboratorio 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. • 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. Incluso si se aloja en el hospital por la noche, puede que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.	• El 20 % del costo de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. • **Se puede requerir autorización previa para determinados servicios hospitalarios ambulatorios. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa.**
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si usted tiene Medicare – ¡Pregúntelo!". Esta hoja informativa está disponible en internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtenerla. 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. **Los servicios de salud mental y abuso de sustancias se proporcionan a través de nuestro socio, Optum Behavioral Health. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al (855) 645-8448 para obtener ayuda con preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para ayudar a localizar un proveedor de la red cerca de usted.**	• El 20 % del costo por cada visita de terapia grupal brindada por un profesional no médico cubierta por Medicare. • El 20 % del costo por cada visita de terapia individual brindada por un profesional no médico cubierta por Medicare. • El 20 % del costo por cada visita a terapia grupal brindada por un psiquiatra y que Medicare cubra. • El 20 % del costo por cada visita de terapia individual brindada por un psiquiatra y que Medicare cubra.
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).	• El 20 % del costo de los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare

Servicios para tratar el 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). **Los servicios de salud mental y abuso de sustancias se proporcionan a través de nuestro socio, Optum Behavioral Health. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al (855) 645-8448 para obtener ayuda con preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para ayudar a localizar un proveedor de la red cerca de usted.**	• El 20 % del costo de los servicios para tratar el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. • **Se requiere autorización previa.**
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se llevará a cabo 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 distribución de costos por la cirugía ambulatoria. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere "paciente ambulatorio".	• El 20 % del costo de los servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare. • **Se requiere autorización previa.**
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.	• El 20 % del costo de los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Servicios de hospitalización parcial (continuación) **Los servicios de salud mental y abuso de sustancias se proporcionan a través de nuestro socio, Optum Behavioral Health. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al (855) 645-8448 para obtener ayuda con preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para ayudar a localizar un proveedor de la red cerca de usted**	• **Se requiere autorización previa.**
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 de audición y equilibrio básicos realizados por su PCP, si su médico lo solicita para determinar si usted 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 diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telemedicina para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si**: o Usted no es un paciente nuevo**.** o El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días**.** o El control no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o en una cita disponible lo antes posible.	• El 20 % del costo de los servicios de médico/profesional cubiertos por Medicare. • El 20 % del costo de los servicios de telesalud cubiertos por Medicare (PCP, servicios de atención especializada y urgente; sesiones individuales para salud mental [especializados, psiquiatría y abuso de sustancias]). • Copago de $0.00 para servicios de telesalud a través de Teledoc.

Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Evaluación del video o de las imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de este dentro de 24 horas **si**: o Usted no es un paciente nuevo**.** o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días**.** o 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. • 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, reparar 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). • Visitas virtuales disponibles a través de Memorial Hermann; el horario es limitado. Disponible en todo Texas. Acceso a visitas médicas telefónicas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, disponibles en todo el país a través de Teladoc.	
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.	• El 20 % del costo de servicios de podología cubiertos por Medicare.

Pruebas de detección del cáncer de próstata Para hombres de 50 años de edad y mayores, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • examen rectal digital; • prueba de Antígeno Prostático Específico (APE).	No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para una prueba anual de PSA (antígeno prostático específico).
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.	• El 20 % del costo de aparatos protésicos y servicios relacionados cubiertos por Medicare. • **Se requiere autorización previa para los dispositivos que superen los $500.00.**
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas de rehabilitación pulmonar integrales para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.	• El 20 % del costo de 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) provistos por un médico de atención primaria autorizado o profesional en un centro de atención primaria.	No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por el beneficio de atención preventiva de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubiertos por Medicare.
Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) 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, como mínimo, 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 Medicare para dichas visitas y que la realiza un médico o un especialista no médico cualificado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la detección con LDCT inicial:* el miembro debe 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 dichas visitas.	No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubierta por Medicare.

Pruebas de detección de Enfermedades de transmisión sexual (Sexual Transmitted Infections, STI) y asesoramiento para evitar las STI Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando	
Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para evitar las ITS (continuación) un proveedor de atención primaria solicita las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo. Además, cada año, cubrimos hasta 2 sesiones de alta intensidad de asesoramiento personal del comportamiento de 20 a 30 minutos para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si están provistas por un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como la oficina de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de las pruebas de detección y asesoramiento para las ETS cubiertas por Medicare.

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 con enfermedad renal crónica en estadio IV y con una remisión de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de la enfermedad renal de por vida.
- 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).
- Capacitación para auto 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 diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección, “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.

- El 20 % del costo de cada tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare. Incluye el tratamiento en casa y en los centros de diálisis.

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, entre otros:

- 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 sanguínea).
- Sangre: incluido el almacenaje y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite. Su Plan pagará los costos de los primeros 3 pintas de sangre que recibe en un año natural. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta.
- 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, en algunas de las condiciones que se enumeran a continuación, es posible que reciba su atención de 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.

- El 20 % del costo de la atención en un SNF cubierta por Medicare.
- **Se requiere autorización previa.**

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

Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco, cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.

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, cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, pagará la distribución de costos correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.

No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por los beneficios preventivos de servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

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 un referido para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo 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. • Ser llevado a cabo en un entorno ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico. • Ser entregado por personal auxiliar calificado, necesario para asegurar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un periodo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	• El 20 % del costo de la terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) cubierta por Medicare.
Servicios médicos que se necesitan con Urgencia Los servicios urgentemente necesarios se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son de emergencia y requieren atención médica inmediata. Los servicios médicos que se necesitan con urgencia los pueden proporcionar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles. La distribución de costos para servicios médicos que se necesitan con urgencia suministrados fuera de la red es la misma que para esos servicios suministrados dentro de la red. La cobertura es mundial y no está limitada a los Estados Unidos.	• El 20 % del costo de los servicios que sean de carácter de urgencia cubiertos por Medicare. • Distribución de costos máxima de $65.00 por visita.

Atención de la visión

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de médico de paciente ambulatorio 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 antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos que tienen 50 años o más e hispanoamericanos que tienen 65 años o más.
- Para las 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 una lente intraocular. (Si se somete a dos operaciones de cataratas distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y adquirir dos anteojos después de la segunda).

- El 20 % del costo de los servicios de la visita cubiertos por Medicare.
- Beneficio máximo anual de $200.00 para anteojos cubiertos por Medicare (por ejemplo, cristales para anteojos, marcos para anteojos, lentes de contacto).

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), y remisiones para otra atención de ser necesario.

Importante: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses en los que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".

No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

SECCIÓN 4.1 ¿Qué servicios *no* están cubiertos por el plan?

En esta sección, se le indica qué servicios están "excluidos" por Medicare. Excluido significa que el plan no cubre estos servicios.

En el siguiente cuadro, se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos por el plan solo bajo condiciones específicas.

No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en el cuadro a continuación, excepto bajo las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos si un servicio del cuadro a continuación se encuentra bajo apelación para que sea 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 el Capítulo 9, Sección 6.3, de este cuadernillo).

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

Servicios que Medicare no cubre	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	**Cubiertos solo bajo condiciones específicas**
Acupuntura		✓ Cubierta para el dolor crónico en la parte inferior de la espalda.
Cirugías o procedimientos cosméticos.		✓ 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.

Servicios que Medicare no cubre	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	**Cubiertos solo bajo condiciones específicas**
La atención de custodia es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita atención especializada, médica o de enfermería. 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.	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, 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 clínica aprobado por Medicare, o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, la Sección 5 para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica).
Las tarifas impuestas por parientes directos o miembros de su familia.	✓	
Cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo.	✓	
Envío de comida a domicilio		✓ 10 comidas están cubiertas después del alta (después de cada cirugía o alta hospitalaria durante el año de beneficio).

Servicios que Medicare no cubre	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	**Cubiertos solo bajo condiciones específicas**
Servicios domésticos (incluyen asistencia básica en el hogar, como actividades livianas de limpieza o preparación de comidas).	✓	
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental que no es de rutina		✓ La atención dental que no es de rutina que se requiere para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente ambulatorio o paciente hospitalizado.
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.
Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un a hospital.		✓ Con cobertura solo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministro de medicamentos anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		✓ Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.

Servicios que Medicare no cubre	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	**Cubiertos solo bajo condiciones específicas**
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) para personas después de la cirugía de cataratas.
Cuidado de rutina de los pies		✓ Se proporcionan ciertas coberturas de acuerdo a las directrices de Medicare (p. ej., si usted tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo a las normas de Original Medicare	✓	
Dispositivos de apoyo para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen de enfermedades en los pies ocasionadas por la diabetes.

CAPÍTULO 5

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

SECCIÓN 1 Introducción 115

Sección 1.1 En este capítulo, se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D 115

Sección 1.2 Normas básicas del plan sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D 116

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan 117

Sección 2.1 Para que su receta se cubra, utilice una farmacia de la red 117

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red 117

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de venta por correo del plan 118

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? 119

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenezca a la red de nuestro plan? 120

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 121

Sección 3.1 En la "Lista de medicamentos", se le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos. 121

Sección 3.2 Existen seis (6) niveles de "distribución de costos" para los medicamentos de la lista de medicamentos 122

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos? 123

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 123

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 123

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 124

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 125

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que a usted le gustaría? 126

Sección 5.1 Existen alternativas que usted puede considerar, si su medicamento no se cubre de la manera que usted desea 126

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 126

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de participación del costo que usted considera que es muy alto? 128

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos? 129

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 129

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando? 130

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 132

Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura 132

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta 133

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro 133

Sección 8.2 ¿Qué debe hacer si no tiene su tarjeta de membresía en ese momento? 133

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 134

Sección 9.1 ¿Qué ocurre si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan? 134

Sección 9.2 ¿Qué ocurre si es un residente en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)? 134

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos a través de un plan de grupo de un empleador o de jubilación? 135

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare? 135

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 136

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad 136

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides 137

Sección 10.3 Programa de Administración de la terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 138

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe “Ayuda Extra” con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican y recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted está inscrito en el programa de “Ayuda Extra”, **es posible que parte de la información *Evidencia de Cobertura* sobre los costos 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 con receta médica” (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 tiene este inserto, comuníquese con Servicio al Cliente y pida el "Anexo LIS". (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo, se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. En el próximo capítulo, se describe qué paga usted por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de la cobertura de los medicamentos de la Parte D, Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP también cubre algunos medicamentos dentro de los beneficios médicos del plan. En su cobertura de beneficios de Medicare Parte A, por lo general, nuestro plan cubre los medicamentos que usted recibe durante una internación cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada. En su cobertura de beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre algunos medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos para inyecciones suministrados durante una visita médica y los suministrados en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto* y lo que usted paga), se describen los costos y beneficios de los medicamentos durante una internación cubierta en un hospital o en un 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 de cuidados paliativos*

certificado por Medicare?). Para obtener más información acerca de la cobertura de centros de cuidados paliativos, consulte la sección del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto* y lo que usted paga).

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo sus beneficios de Medicaid. Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Texas Medicaid en https://www.medicaid.gov/medicaid/prescription-drugs/index.html.

Sección 1.2 Normas básicas del plan sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D

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

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta médica.
- El emisor de su receta debe aceptar Medicare o presentar la documentación con CMS en la que indique que reúne los requisitos para emitir recetas, o se rechazará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que se comunique 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 que se procesa.
- 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 respaldada por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Para que su receta se cubra, 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).

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 Búsqueda de 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 (https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits o llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contratapa de este cuadernillo).

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. En el *Directorio de Farmacias*, se 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 están impresos en la contraportada de este folleto) o utilice el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, en https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits.

¿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.
- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes internados en un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de cuidados) tiene sus propia farmacia. Si usted se encuentra en un centro de cuidados 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.
- Las farmacias que prestan servicios al Programa de Salud para los Indígenas Urbanos/Tribales/Servicio de Salud para Indígenas (no está disponible 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 están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de venta por correo del plan

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 se encuentran en la contraportada 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 reciba una receta de un proveedor de atención de la salud, se comunicará con usted para saber si desea surtir el medicamento inmediatamente o en otro momento. 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 comunique con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta médica y evitar cualquier retraso en el envío.

Reabastecimientos de recetas médicas con pedido por correo. Para los reabastecimientos 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 14 días antes de que crea que los medicamentos que tiene disponible se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido sea enviado 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 preferencia de comunicación para cualquier envío automático.

Sección 2.4 ¿Cómo 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 medicamentos que usted toma con regularidad para una afección médica crónica o a largo plazo). Puede solicitar este suministro 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 han acordado aceptar un monto de la distribución de costos menor para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de Farmacias*, se le informa qué farmacias de nuestra red pueden darle 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 están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de **pedido por correo de la red del plan.** 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 pertenezca a la red de nuestro 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 y no hay una farmacia dentro de la red disponible.
- 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 están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si utiliza 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 el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo solicitar que se le devuelva el dinero a través del plan).

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

Sección 3.1 En la "Lista de medicamentos", se le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.

El plan tiene una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)".* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos la "Lista de Medicamentos" para 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.

La Lista de Medicamentos incluye aquellos que cubre la Parte D de Medicare (antes en este capítulo, en la Sección 1.1, se explican los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid; para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Texas Medicaid, consulte https://Medicaid.gov/Medicaid/prescription-drugs/index.html.

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. "Indicación médicamente aceptada" se refiere a que el uso del medicamento *está*:

- 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 incluye tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que sus equivalentes de marca. Por lo general, funciona tan bien como el medicamento

de marca y con frecuencia cuesta menos. Hay medicamentos genéricos disponibles como sustitutos para muchos medicamentos de marca.

¿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 al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra 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 del costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- **Nivel 1 (Medicamentos 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 (Medicamentos 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 (Medicamentos 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 desembolso.

- **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 sin copagos 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, busque en la lista de medicamentos de nuestro plan.

El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de distribución de costos se puede ver en el Capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica 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. En la Lista de medicamentos que le proporcionamos, se incluye la 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 se incluye en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al cliente para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-drug-list). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos del plan o solicite una copia de la lista. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada 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 con receta médica, existen reglas especiales que restringen el cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para

ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en formas más eficaces. 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 participación en el costo.

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 le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener 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 en las maneras más efectivas. 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.** Generalmente, no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado la razón médica por la que el medicamento genérico no funcionará para usted, cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que acordemos cubrirle un medicamento. Esto se llama "**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, por lo general, 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 y el Medicamento A es menos costoso, es posible que el plan le solicite que primero pruebe el Medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito para probar primero un medicamento diferente se llama "**terapia escalonada**".

Límites de cantidades

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 se considera normalmente seguro tomar únicamente una píldora por día de cierto medicamento, limitaremos la cobertura de su receta médica a no más de una píldora por día.

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas con anterioridad. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un 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 figuran en la contratapa de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web (https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-drug-list).

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 Servicio al Cliente para conocer qué necesita usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que a usted le gustaría?

Sección 5.1 Existen alternativas que usted puede considerar, si su medicamento no se cubre de la manera que usted desea

Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento recetado que está tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor piensan que debería tomar y que no está en nuestro formulario o está, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que 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 puede requerir que pruebe otro medicamento primero para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que desea. O puede limitarse la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) que se cubre durante un período específico. En algunos casos, es posible que desee que no se aplique la restricción para usted.
- 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. Cuánto paga por su receta médica depende en parte del nivel de costo compartido en el que está su medicamento.

Existen procedimientos que puede realizar si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Sus opciones dependen de qué tipo de problema tiene:

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

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

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 presentar una solicitud para que cubramos el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe 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 de la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que estuvo tomando ya **no está en la Lista de Medicamentos del plan**.
- -- o -- el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (en la Sección 4 de este capítulo, se le explican 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:**

  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 que se obtengan varias veces los medicamentos hasta un máximo de 30 días. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de cuidado de 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 tiene la indicación 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 están impresos en la contraportada 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 están impresos en la contraportada 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.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el Capítulo 9, Sección 7.4, se le indica lo que debe hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare estableció para asegurarse de que su solicitud se tramite con prontitud e imparcialidad.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de participación del costo que usted considera que es muy 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 costo compartido 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 están impresos en la contraportada 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 el Capítulo 9, Sección 7.4, se le indica lo que debe hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare estableció para asegurarse de que su solicitud se tramite con prontitud e imparcialidad.

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

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para alguno 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:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos**. Tener nuevos medicamentos disponibles, 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 costo compartido 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 de 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 cambia la cobertura de 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 están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cambios que pueden afectarlo este año: en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año en curso:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca de 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 un nivel inferior de distribución de costos con las mismas o menos restricciones. Adicionalmente, 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 el medicamento de marca.
    - 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 un 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 lo 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 comience el año y que afecten a 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 costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas acciones. 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 continuar con la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un 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 medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 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 agregamos o quitamos medicamentos 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 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 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante consultar la Lista de Medicamentos del próximo año para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura

En esta sección, se indica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que se incluyen en esta sección. 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. (Si desea obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado con respecto a no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 de este cuadernillo).

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 Medicamentos y Alimentos.
    - 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, por ley, las categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted bajo su cobertura de medicamentos de Medicaid. Puede encontrar información sobre la cobertura de medicamentos de Texas Medicaid en https://www.medicaid.gov/medicaid/prescription-drugs/index.html.

Medicamentos sin receta médica (también conocidos como medicamentos de venta libre).

- Medicamentos cuando 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 con receta médica, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones con flúor.
- Medicamentos cuando se usa 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.

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

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro

Para surtir su receta, muestre su plan de Memorial Hermann (Medicare) y las tarjetas de membresía de Texas Medicaid en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre sus tarjetas de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos del medicamento recetado cubierto. Para ello, deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta. En el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*), se brinda más información acerca de la cobertura de los medicamentos y sus costos.

Sección 8.2 ¿Qué debe hacer si no tiene su tarjeta de membresía en ese momento?

Si no tiene consigo la tarjeta de membresía de su plan cuando abastezca su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar todo el costo de la receta cuando la recoja**. (Después puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1, si desea obtener información sobre cómo solicitar un reembolso de nuestro plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué ocurre si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan?

Si usted se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por nuestro plan, solemos cubrir los costos de los medicamentos recetados que utilice durante la estadía. 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.

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

Generalmente, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es un residente de un centro de cuidado 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 están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué ocurre si es un residente de un centro de cuidado a largo plazo (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. Este suministro será por un máximo de 31 días o menos si en su receta se indican menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar 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 en su receta se indican 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 7.4 del Capítulo 9 podrá obtener información sobre cómo hacerlo.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos a través de un plan de grupo de un empleador o de jubilación?

¿Tiene (usted o su cónyuge) actualmente otra cobertura de medicamento con receta médica 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.

Aviso especial sobre la 'cobertura acreditable':

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos con receta médica 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 se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales 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 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 evitar demoras en la recepción de los medicamentos no relacionados que deben estar cubiertos por nuestro plan, usted puede pedir al proveedor del centro para enfermos terminales o al emisor de la receta que se asegure de que contamos con la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que abastezca su receta.

En el caso de que usted revoque la elección del centro de cuidados paliativos o reciba el alta del centro, nuestro plan deberá 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 en las que se informan acerca de las reglas para obtener la cobertura de medicamentos según la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*), se le ofrece más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de 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 dañarle 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 medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen con seguridad sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se abusan. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha sufrido una sobredosis de opiáceos recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos es adecuado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos que una o más de estas limitaciones se aplican a usted, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se incluirá información que explique las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar, y sobre cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o si está en desacuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de abuso de medicamentos recetados o la limitación, usted y la persona que emite sus recetas tienen derecho a solicitar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos de manera automática su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes, si está recibiendo atención en un centro para enfermos terminales, cuidados paliativos o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de la terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con programas que pueden ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Son voluntarios y gratuitos. Un grupo de farmacéuticos y médicos los desarrollaron para nosotros. Estos programas tienen como objetivo lograr que nuestros miembros se sientan seguros y obtengan mayores beneficios al tomar medicamentos. Nuestro programa se llama Programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y deben pagar altos costos, o que están en un DMP que los ayuda a administrar sus opiáceos de forma segura, pueden obtener servicios a través de un 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 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. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar su revisión de los medicamentos antes de su "Examen de bienestar" anual para que usted pueda hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de medicación. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento en el 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 Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 142

Sección 1.1 Utilice este capítulo y otra documentación que explique la cobertura de sus medicamentos 142

Sección 1.2 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos 143

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 143

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP? 143

SECCIÓN 3 Le enviaremos informes para explicarle los pagos de los medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 144

Sección 3.1 Le enviaremos un informe mensual denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") 144

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos 145

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos 146

Sección 4.1 Usted permanecerá en la Etapa de deducible hasta que pague $480.00 por sus medicamentos 146

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya 147

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento dependerá del medicamento y de la farmacia donde abastezca la receta 147

Sección 5.2 En esta tabla, se muestran sus costos para el suministro de un medicamento durante un *mes* 148

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es probable que no deba pagar el costo del suministro de un mes completo 150

Sección 5.4 En esta tabla, se muestran sus costos para un suministro *a largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento 151

Sección 5.5 Usted permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales anuales por medicamentos alcancen los $4,430.00 153

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de período sin cobertura, recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos 153

Sección 6.1 Usted permanecerá en la Etapa de período sin cobertura hasta que sus costos de bolsillo alcancen los $7,050.00 153

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo para los medicamentos recetados 155

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 157

Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año 157

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 157

Sección 8.1 Nuestro plan cuenta con una cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de aplicación de la vacuna 157

Sección 8.2 Quizá desee llamar al Servicio de Atención al Cliente antes de vacunarse 159

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe "Ayuda Extra" con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican y recibe "Ayuda Extra" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted está inscrito en el programa de "Ayuda Extra", **es posible que parte de la información Evidencia de Cobertura sobre el costo de medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted**. Le hemos enviado un documento separado titulado "Anexo de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra para pagar por sus medicamentos recetados" (que también se conoce como el "Anexo de Subsidio por Ingresos Bajos" o el "Anexo LIS"), en el que se le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, comuníquese con Servicio al Cliente y pida el "Anexo LIS". (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo y otra documentación que explique la cobertura de sus medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D. Para simplificar, utilizamos la palabra "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta médica de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos bajo Medicare Parte A o Parte B o bajo Medicaid.

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, le llamamos la "Lista de Medicamentos".
    - Esta Lista de Medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
    - 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, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto). También puede obtener la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-drug-list. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 le da detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta médica, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta médica no cubre nuestro plan.
- **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 costos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos 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 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 *Dual Advantage* HMO D-SNP?

Como se muestra en la siguiente tabla, existen "etapas de pago del medicamento" para la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en virtud del Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que esté al momento en que lo surte o se reabastece de una receta médica.

Etapa 1 *Deducible Anual Etapa*	**Etapa 2** *Cobertura inicial Etapa*	**Etapa 3** *Periodo sin cobertura Etapa*	**Etapa 4** *Etapa de Cobertura Catastrófica*
Si recibe "Ayuda Extra" para pagar sus medicamentos recetados, el monto deducible será de $0 o $99.00, dependiendo del nivel de "Ayuda Extra" que reciba. (Mire el anexo separado, el "Anexo LIS", para ver el monto deducible). *Si su deducible es $0:* esta etapa de pago no se aplica a usted. *Si su deducible es de $99.00:* usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado $99.00 por sus medicamentos. (Encuentre detalles en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 6 que le corresponde y **usted paga su parte del costo.** 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 $4,430.00. (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 el 25 % del precio por medicamentos genéricos. Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus **"costos de bolsillo"** hasta la fecha (sus pagos) lleguen a $7,050.00. Medicare ha establecido este monto y las normas para llegar a dicho monto. (Encuentre detalles en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte de los costos** de sus medicamentos el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022). (Encuentre detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviaremos un informe mensual denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D")

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos con receta médica y de los pagos que ha hecho cuando obtiene sus surtidos o nuevos surtidos de medicamentos con receta médica 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:

- Llevamos control de cuánto ha pagado. Esto se conoce como su costo "**de bolsillo**".

- Realizamos un seguimiento de sus "**costos totales de los medicamentos**". Este es el monto que paga de bolsillo, u otros pagan en su nombre, más el monto que paga nuestro plan.

Nuestro plan preparará un informe por 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 el mes anterior. 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. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para 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 de enero.** Esto se conoce como la información "del año a la fecha". La información muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información sobre los costos de medicamentos.** En esta información, se mostrará el precio total del medicamento y todo cambio porcentual desde el primer surtido de cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **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 la información sobre sus pagos de 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.** En algunas ocasiones, es posible que deba pagar los medicamentos recetados cuando no recibimos de manera automática la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar control de sus costos 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 del medicamento. Si desea obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2, 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:

- 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 en virtud de un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.
- Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo y le ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para tratar el sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a los costos 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 la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, verifique que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior 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

Sección 4.1 Usted permanecerá en la Etapa de deducible hasta que pague $480.00 por sus medicamentos

La mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda Extra” con sus costos de medicamentos recetados, por lo que la etapa de deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe “Ayuda Extra”, el monto de deducible depende del nivel de “Ayuda Extra” que reciba, usted:

- No paga un deducible;
- --o-- Paga un deducible de $99.00.

Consulte el anexo separado (“Anexo LIS”) para obtener información sobre el monto de deducible.

Si no recibe "Ayuda Extra", la Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surta su primera receta del año. Cuando usted está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que llegue al monto de monto de deducible del plan, que es de $480.00 para el año 2022.

- En general, **"el costo total"** es menor que el precio total normal del medicamento, debido a que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es el monto que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que usted haya pagado $480.00 por sus medicamentos, saldrá de la Etapa de deducible y pasará 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 usted paga por un medicamento dependerá del medicamento y de la farmacia donde abastezca la receta

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 (Medicamentos genéricos preferidos)**

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

- **Nivel 2 (Medicamentos genéricos)**

Este es su nivel de mayor costo de medicamentos genéricos 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 (Medicamentos 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 sin copagos y se limita a medicamentos genéricos selectos que suelen recetarse 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, busque 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 preferencial;
- 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 cuadernillo 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 preferencial. Puede ir a las farmacias de la red que ofrecen distribución de costos preferencial 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 preferencial.

Sección 5.2 En esta tabla, se muestran sus costos para el suministro de un medicamento durante un *mes*

Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte que usted paga del costo de un medicamento cubierto será, ya sea, 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.

Tal como se muestra en la tabla siguiente, el monto de copago o coseguro depende del nivel del costo compartido al que pertenece su 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 pagará *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *lo que sea menor*.

- Cubrimos los medicamentos con receta médica que se surten en farmacias que no pertenecen a la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre cuándo cubriremos una receta médica que surtió en una farmacia que no pertenece a la red.

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

Nivel	**Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red)** (suministro de hasta 30 días)	**Distribución de costos en farmacias minoristas preferidos (dentro de la red)** (suministro de hasta 30 días)	**Distribución de costos de venta por correo** (suministro de hasta 30 días)	**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; consulte el Capítulo 5 para conocer detalles) (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Genéricos preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 2 de distribución de costos (Genéricos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 3 de distribución de costos (De marca preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamentos no preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 6 de distribución de costos (Especializado)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro

Nivel	**Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red)** (suministro de hasta 30 días)	**Distribución de costos en farmacias minoristas preferidos (dentro de la red)** (suministro de hasta 30 días)	**Distribución de costos de venta por correo** (suministro de hasta 30 días)	**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; consulte el Capítulo 5 para conocer detalles) (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 6 de distribución de costos (Cuidados selectos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro

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

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento con receta médica 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. Puede haber ocasiones cuando desee solicitar a su médico que le recete menos del suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe que este tiene efectos secundarios serios). 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 es responsable del copago del medicamento, su copago será con base en el número de días que reciba del medicamento. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la "tasa de costo compartido diario") y lo multiplicamos por el número de días que recibe de medicamento.
    - Este es un ejemplo: supongamos 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 suministro de 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 haya pagado 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 En esta tabla, se muestran sus costos para un suministro *a largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento

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 hasta de 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).

En la siguiente tabla, se muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento.

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

Nivel	**Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red)** (suministro de hasta 90 días)	**Distribución de costos en farmacias minoristas preferidos (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)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 2 de distribución de costos (Genéricos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 3 de distribución de costos (De marca preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamentos no preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 5 de distribución de costos (Especializado)	No disponible	No disponible	No disponible
Nivel 6 de distribución de costos (Cuidados selectos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro

Sección 5.5 Usted permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales anuales por medicamentos alcancen los $4,430.00

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha abastecido y reabastecido alcance el límite de **$4,430.00 para la Etapa de cobertura inicial**.

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

- **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 costos de bolsillo). Esto incluye lo siguiente:
  - El monto total que usted pagó cuando estuvo en la Etapa de deducible, que es $0 o $99.00.
  - 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 2022, 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 realizar un seguimiento de lo que pagaron usted y nuestro plan, así como cualquier tercero, durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,430.00 en un año.

Le informaremos si alcanza el monto de $4,430.00. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura.

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

Sección 6.1 Usted permanecerá en la Etapa de período sin cobertura hasta que sus costos de bolsillo alcancen los $7,050.00

Cuando está en la Etapa de periodo sin cobertura, el Programa de Descuentos del Periodo 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 dispensación para los medicamentos de marca. 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.

También recibe un porcentaje de cobertura para los 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 el periodo 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 2022, dicho monto será de $7,050.00.

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 $7,050.00, 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 costos de bolsillo para los medicamentos recetados

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

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Cuando sume sus costos 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 paga por sus medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
    - Etapa de Deducible
    - Etapa de cobertura inicial
    - Etapa de periodo sin cobertura
- Todo pago que realice durante este año natural como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si los hacen **ciertas personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos de sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por organizaciones de beneficencia, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, *[los planes sin un SPAP en su estado deben eliminar el siguiente elemento]* por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica certificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos efectuados por el programa "Ayuda Extra" de Medicare también se incluyen.
- Se incluyen algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la etapa de cobertura en caso de catástrofe:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de $*[inserte el umbral de costos de bolsillo de 2022]* de costos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa sin cobertura a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene de una farmacia que no pertenece a la red y que no cumple con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta médica cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos que Medicare excluye de la cobertura.
- Pagos que realiza por los medicamentos con receta médica que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Pagos que efectúa el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en el Período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan planes de salud colectivos, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- 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 costos de bolsillo de medicamentos, debe informarlo a nuestro plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

¿Cómo puede llevar control del monto total de desembolso directo?

- **Lo ayudaremos**. En el resumen *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos, se incluye el monto actual de sus costos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo se proporciona información sobre este informe). Cuando alcance un total de $*[inserte el umbral de costos de bolsillo de 2022]* en costos de bolsillo para ese año, en este informe se le dirá que ha dejado la Etapa de período sin cobertura y que ha pasado a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos**. La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudarnos a estar seguros de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año

Usted reunirá los requisitos para la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe cuando sus costos de bolsillo hayan alcanzado el límite de $7,050.00 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa hasta que finalice el año calendario.

Si recibe "Ayuda Extra" para pagar sus medicamentos recetados, los costos de los medicamentos cubiertos dependerán del nivel de "Ayuda Extra" que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo de un medicamento cubierto será:

- $0; *o*
- Un coseguro o copago, el que sea *mayor*:
    - – *ya sea* – un coseguro del 5 % por el costo del medicamento;
    - – *o* – $3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $9.85 por todos los demás medicamentos.
    - **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Consulte el anexo separado ("Anexo LIS") para obtener información sobre sus costos durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1 Nuestro plan cuenta con una cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de aplicación de la vacuna

Nuestro plan ofrece cobertura para diversas 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 en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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 con receta médica.

- 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 (qué está cubierto y qué debe pagar).*
    - 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 del Deducible y la Etapa del Período sin Cobertura de su beneficio.

Situación 1: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe la 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 cuadernillo (*Cómo solicitarnos que 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 para la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda Extra", 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 usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este cuadernillo.
- Se le reembolsará el monto que cobre el médico por haber administrado la vacuna.

Sección 8.2 Quizá desee llamar al Servicio de Atención al Cliente antes de vacunarse

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Recomendamos que se comunique primero con Servicio al Cliente cuando planee recibir una vacuna. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada 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.
- Si no puede utilizar una farmacia ni un proveedor de la red, podemos indicarle lo que necesita para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos cubiertos 162

Sección 1.1 Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitar que la paguemos.....162

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o le paguemos una factura que usted ha recibido 164

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 164

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos por sí o por no 165

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos pagar 165

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación 166

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que usted debería guardar sus recibos y enviarnos las copias 166

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo por medicamentos 166

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitar que la paguemos

Nuestros proveedores de la red le facturan al plan directamente sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura con el costo total de la atención médica o de los medicamentos que ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la evaluaremos y decidiremos si corresponde que cubramos los servicios. Si decidimos que debemos pagar, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya ha pagado un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero se denomina, muchas veces, "reembolsarlo"). 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. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, la evaluaremos y decidiremos si corresponde que cubramos los servicios o medicamentos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le devolveremos el pago de los servicios o medicamentos.

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 urgentemente necesaria 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 usted recibe servicios de emergencia o de urgencia necesarios de un proveedor de nuestra red, usted debe solicitar al proveedor que facture al plan.

- 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 del 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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente. Pero, a veces, cometen errores y le solicitan 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 "factura a 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 cobra por un servicio e incluso si existe una controversia y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio. 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 ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todo pago que haya realizado. Usted debe solicitarnos que le devuelvan la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda en virtud del 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. Comuníquese con el 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 están impresos en la contraportada 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. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el pago de nuestra parte de la distribución de costos.

5. Cuando pague el costo total de una receta porque no tiene consigo su tarjeta de membresía de nuestro plan.

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 del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si corresponde que cubramos el servicio o el medicamento. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que nos corresponde cubrir, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o del medicamento. Si nuestro plan rechaza su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información acerca de cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o le paguemos una factura que usted ha recibido

Sección 2.1 Cómo y 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. Se recomienda que haga una copia de su factura y los recibos a modo de registro.

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 tiene que utilizar el formulario, pero este nos ayudará a procesar la información más rápidamente.

- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/ o llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

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

Debe enviarnos el reclamo 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 están impresos en la contraportada de este folleto). Si usted no sabe el monto que adeuda o si recibe facturas y no sabe lo qué 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 responderemos por sí o por no

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos pagar

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 cumplió con todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. 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. (En el Capítulo 3, se explican las normas que usted debe seguir para obtener cobertura de servicios médicos. En el Capítulo 5, se explican las normas que usted debe seguir para obtener cobertura de medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que *no* nos corresponde cubrir la atención médica o el medicamento, o que usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención

o del medicamento. 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 comunicamos que no pagaremos la totalidad o 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 usted nos solicita que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué debe hacer si tiene un 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 está familiarizado con la presentación de una apelación, le será de ayuda comenzar a leer el Capítulo 9, Sección 5. La Sección 5 es una sección introductoria en la que se explica el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones, y se ofrecen definiciones de términos como “apelación”. Después de haber leído la Sección 5, puede ir a la sección del Capítulo 9 en la que se indica qué hacer para su situación:

- Si usted desea presentar una apelación sobre reembolsos por servicios médicos, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3.
- Si desea presentar una apelación para que le devuelvan el dinero que pagó por un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 7.5.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que usted debería guardar sus recibos y enviarnos las copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo por 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.

A continuación, presentamos un ejemplo de una situación en la que debería enviarnos las copias de los recibos para informarnos los pagos que ha efectuado por sus medicamentos:

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.
- Nota: 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.

Como no solicita el pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, aunque no esté de acuerdo con nuestra decisión, no podrá presentar una apelación.

CAPÍTULO 8

Tus derechos y obligaciones

Capítulo 8. Tus derechos y obligaciones

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 170

Sección 1.1 Debemos brindarle información de manera que le sea útil (en idiomas distintos del inglés, en braille y en letra imprenta grande u otros formatos alternativos, etc.) 170

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tiene un acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 171

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud 172

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos 173

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 174

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado 176

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que no recibe un trato injusto o que sus derechos no son respetados? 177

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 177

SECCIÓN 2 Usted tiene responsabilidades como miembro del plan 178

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 178

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 del inglés, en braille y en letra imprenta grande u otros formatos alternativos, etc.)

Para que le brindemos información de una manera que sea apropiada para usted, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos, los cuales están 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 proporcionarle información en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. 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 una manera que sea apropiada para usted, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Memorial Hermann Health Plan
929 Gessner Road, Suite 1500
Houston, TX 77024
Teléfono (855) 645-8448 (TTY: 711)
Fax: 713-338-6550
Correo electrónico: MHHPCustomerService@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* 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 están impresos en la contraportada de este folleto) para obtener información adicional.

Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con el Servicio 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 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: 713-338-5811
Correo electrónico: MHHPCustomerService @memorialhermann.org

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, por favor llame para presentar una queja formal con Memorial Hermann *Advantage* HMO Appeals and Grievances en (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 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 tiene un acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (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 Servicio de Atención al Cliente para obtener información acerca de los médicos que están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior 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 remisiones 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 período razonable, en el Capítulo 9, Sección 11, de este cuadernillo se le informa qué puede hacer. (Si rechazamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 5, se indica lo que puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

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

- 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 lo hace, trabajaremos con su proveedor de atención de la salud a fin de decidir si se deben realizar los 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 están impresos en la contraportada de este folleto).

Consulte la Política de privacidad de Medicare Advantage que se le proporcionó por separado o que está disponible en nuestro sitio web: https://healthplan.memorialhermann.org/about-us/legal-notices.

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, 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 del 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 están impresos en la contraportada 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 obtener una lista de las farmacias en 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 figuran en el dorso de este folleto), o visitar 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 *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 están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
    - 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

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 busque 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 cuál tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para tratar su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le brinde información 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 dejar un hospital u otro centro médico, incluso 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 los problemas que esto pueda generarle a su cuerpo como resultado de su decisión.
- **Recibir una explicación si le rechazan la cobertura de atención.** Tiene derecho de recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención que considera debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá 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

Algunas 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 lo 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 "**directrices anticipadas**". Existen diferentes tipos de directrices anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados "**testamento en vida**" y "**poder de representación para recibir la 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 médica anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces, las organizaciones que brindan información a las personas acerca de Medicare pueden otorgarle los formularios para expresar instrucciones anticipadas. También puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Considere obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la encargada de tomar decisiones por usted si usted no lo puede hacer. Puede ser que también desee proporcionar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si usted sabe de antemano que será hospitalizado y firmó una instrucción médica anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

- Si le admiten en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucción médica anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, usted decide si desea llenar un formulario de instrucción médica anticipada (incluso si desea firmar uno si se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle la 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 realizar un reclamo ante el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos 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. En cualquiera de estos casos, solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o una queja, **se nos requiere brindarle un trato justo**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información acerca de las apelaciones y los reclamos que otros miembros han presentado contra nuestro plan anteriormente. Para obtener esta información, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que no recibe un trato injusto o que sus derechos no son respetados?

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 o 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 están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con esta, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- 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 están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con esta, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.

- Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Sus Derechos y Protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en Internet en: hwww.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- O, puede comunicarse 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 Usted tiene responsabilidades como miembro del plan

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 Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos**. Utilice este folleto de Evidencia de Cobertura 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 con receta médica de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta médica además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
  - Debemos cumplir con las reglas que establecen Medicare y Medicaid 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 el Capítulo 1, Sección 7).
- **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.

- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que le ayuden por medio de proporcionarles información, hacer preguntas y llevar control 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 proporcióneles 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 no recetados, 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:
    - A fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, Medicaid paga por su prima de la Parte A (si usted no califica para ella automáticamente) y por su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.
    - Para la mayoría de nuestros servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (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 con receta médica 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.
        - 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 se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), 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 Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

- **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1, se explica nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se traslada 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, aún necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados 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 solicitar asistencia si tiene dudas o inquietudes.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y los horarios para comunicarse con Servicio de Atención al Cliente están impresos en la cubierta posterior de este folleto.
  - Para obtener más información acerca de cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 185
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja 185
Sección 1.2 ¿Qué significan los términos legales? 185

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales no vinculadas con nosotros..... 186
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....186

SECCIÓN 3 Información sobre los quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan 187

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS 187

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones 187
Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar una queja?.....187

SECCIÓN 5 Una guía de consejos básicos para decisiones de cobertura y apelaciones 188
Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general.....188
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....189
Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se le da detalles para su situación? 191

SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 191
Sección 6.1 En esta sección, se le explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención 191
Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (Cómo solicitar que nuestro plan autorice o provea la cobertura de atención médica que desea) 193
Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura de atención médica que nuestro plan ha tomado) 197
Sección 6.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2.....201
Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica? 205

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 207

Sección 7.1 En esta sección, se describe qué debe hacer si tiene inconvenientes para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos lo que ha pagado por un medicamento de la Parte D 207

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?.....209

Sección 7.3 Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones.....211

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....212

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 216

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2.....219

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos cobertura para una internación más prolongada si cree que el médico le quiere dar el alta demasiado pronto 221

Sección 8.1 Durante la internación, recibirá una notificación por escrito de Medicare en la que se le informa sobre sus derechos.....222

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 223

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 226

Sección 8.4 ¿Qué sucede si no presenta a tiempo la apelación de Nivel 1? 228

SECCIÓN 9 Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto..... 231

Sección 9.1 Esta sección se trata solo 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 231

Sección 9.2 Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura 232

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su atención por más largo 232

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra su atención por más largo 235

Sección 9.5 ¿Qué sucede si no presenta a tiempo la apelación de Nivel 1? 236

SECCIÓN 10 Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores 239

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos 239

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid 241
Sección 10.3 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D 241

SECCIÓN 11 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio de atención al cliente y otras inquietudes 242

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de quejas? 243
Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal” 245
Sección 11.3 Paso a paso: presentar una queja 245
Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad 246
Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su queja 247

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja

En este capítulo, se explican los procesos para solucionar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para solucionar el problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para ciertos problemas, **deberá utilizar el procedimiento para decisiones sobre la cobertura y presentación de apelaciones**.
- Para otro tipo de problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas.**

Con el fin de garantizar una solución rápida y justa a sus problemas, cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nuestro plan deben cumplir.

¿Qué proceso debe usar? En la **Sección 3**, se le brindará información para identificar el proceso correcto que debe implementar.

Sección 1.2 ¿Qué significan 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.

En este capítulo, se explican las reglas y procedimientos legales con palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización integrada” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. Asimismo, se ha reducido en lo posible el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con más claridad y precisión cuando está tratando con su problema y obtendrá la ayuda o información correctas para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales no vinculadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia 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 del Gobierno 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 ha capacitado a los asesores de todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores en este programa le pueden ayudar a comprender qué proceso debería utilizar para manejar el problema que tiene. 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 el Capítulo 2, Sección 3 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. A continuación, encuentra dos formas para 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).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

La información de contacto (número de teléfono, dirección y enlace al sitio web) para el programa Texas Medicaid y para la Oficina del Defensor puede encontrarse en el Capítulo 2, Sección 6.

SECCIÓN 3 Información sobre los quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto se denomina, a veces, "proceso integrado" porque combina o integra los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esas situaciones, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, "Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2".

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar una queja?

Si tiene un problema o una inquietud, únicamente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud acerca de sus beneficios de **Medicare o Medicaid**, consulte este cuadro:

¿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, **Sección 5, "Una guía de consejos básicos para decisiones de cobertura y apelaciones"**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Pase a la **Sección 11** 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"**.

SECCIÓN 5 Una guía de consejos básicos para decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general

En el proceso para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones, se tratan los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos los problemas relacionados con pagos. 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. Estamos tomando una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico.

Usted o su médico también se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, **si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted**. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explique por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

En algunos casos, podemos decidir si un servicio o medicamento están cubiertos o si Medicare o Medicaid ya no los cubre para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

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 de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para confirmar si seguimos todas las reglas apropiadamente. Su apelación la manejan revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable.

Después de completar la revisión, le informamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una decisión expeditiva, o "decisión rápida sobre la cobertura", o una apelación rápida de una decisión sobre la cobertura. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explique por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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. Le informaremos si esto sucede.
- En otras situaciones, deberá solicitar una apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con los niveles de apelación adicionales.

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Desea obtener ayuda? Estos son los recursos que pueden serle útiles si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior 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 u otro proveedor de atención médica puede presentar una solicitud por usted.**
    - En caso de atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 por usted. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, automáticamente se transmitirá en el Nivel 2.
        - Si su médico u otro proveedor de salud solicita un servicio o artículo que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, **es posible** que necesite nombrar a su médico u otra persona autorizada para emitir recetas médicas como su representante para que actúe en su nombre.
        - Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, **debe** nombrar a su médico como su representante para que actúe en su nombre.
    - Para los medicamentos con receta médica de la Parte D, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, debe nombrar a su médico u otra persona autorizada para emitir recetas médicas como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que le represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante bajo la ley estatal.
    - Si desea que un amigo, pariente, su médico, otro proveedor de atención médica u otra persona sea su representante, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) 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). En el formulario, se le brinda a esa persona permiso para actuar en su representación. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que le represente.** 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 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se le da detalles para 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 6** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos cobertura para una internación más prolongada si cree que el médico le quiere dar el alta demasiado pronto".
- **Sección 9** de este capítulo: "Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto" (esta sección se aplica solo 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 [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales tales como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (en el Capítulo 2, Sección 3 de este cuadernillo, se incluyen los números de teléfono para este programa).

SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo, "Una guía sobre los consejos básicos para decisiones de cobertura y apelaciones?" Si no lo hizo, es posible que desee leerla antes de iniciar esta sección.

Sección 6.1 En esta sección, se le explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos nuestra 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 cuadernillo: *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 nuestro plan cubre esta atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre esta atención.
3. Recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero nosotros le indicamos que no pagaremos por esta atención.
4. Recibió y pagó la atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir 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 Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (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 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos cobertura para una internación más prolongada del paciente si cree que el médico le quiere dar el alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto”. Esta sección se trata únicamente de tres servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un CORF.

- Para **todas las demás situaciones** que implican una notificación de suspensión de la atención médica que ha estado recibiendo, utilice esta sección (**Sección 6**) 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, **Sección 6.2**.
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 6.3** de este capítulo.
Si le informamos que vamos a interrumpir o reducir un servicio médico que ya está recibiendo.	Es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación. Vaya a la **Sección 6.3** 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 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (Cómo solicitar que nuestro plan autorice o provea la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **"determinación de la organización integrada"**.

<u>Paso 1:</u> 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 de cobertura rápida".

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina una **"determinación expedita integrada"**.

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 el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada "Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de 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 de cobertura estándar 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.

- En el caso de una solicitud para un **artículo o servicio médico podemos demorar hasta 14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos información que pueda beneficiarlo (como la historia clínica de proveedores de atención médica fuera de la red). 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 de cobertura. Para obtener más información acerca del procedimiento para presentar quejas, incluidos las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida 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.

- En el caso de una solicitud **para un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que puede beneficiarlo (como la historia clínica de proveedores de atención médica fuera de la red), o si usted necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. 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.
- Si usted considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión para tomar días adicionales. (Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo** si solicita la cobertura de atención médica **que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya recibió).
  - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida **solo** si al utilizar los plazos estándar esto podría **causar daños graves a su salud o afectar su capacidad funcional**.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- 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 de cobertura rápida, 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.
  - En la carta también le explicaremos cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. (Para obtener más información acerca del procedimiento para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Paso 2: evaluaremos su solicitud de cobertura de atención médica y le daremos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud para 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.
    - 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 acerca del procedimiento para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
    - Si no respondemos dentro de las 72 horas (o si hay un período extendido, al final de ese período) o dentro de las 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 6.3 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 de cobertura "estándar"

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud para 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 acerca del procedimiento para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

- Si no respondemos dentro de los 14 días calendario (o si hay un período extendido, al final de ese período) o 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 6.3 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.
- Si decide presentar una apelación, usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección 6.3** más adelante).

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura de atención médica que nuestro plan ha tomado)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una **"reconsideración integrada"** 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 al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada: "Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica".
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud. También puede presentar su apelación llamándonos**

al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D).

- 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. Si su médico u otro profesional que receta solicita que un servicio o artículo que usted ya recibe sea continuado durante su apelación, quizás necesite nombrar a su médico u otro profesional que receta como su representante para actuar en su nombre. (Para obtener el formulario, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo) y solicite 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 https://healthplan.memorialhermann/medicare-advantage/pharmacy-benefits/part-d-coverage-determinations). Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que la 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 el Capítulo 2, Sección 1, "Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica".
- **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 decisión de 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 gratuita de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita 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
La "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración integrada 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 de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para pedir una decisión de cobertura rápida. (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.

Si le dijimos que íbamos a parar o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, quizás pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del matasellos en nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 está pendiente. También seguirá recibiendo todos los otros servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

<u>Paso 2:</u> consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando estamos revisando 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"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos entregarle nuestra respuesta en el **término de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- 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 de los 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 naturales** 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 acerca del procedimiento para presentar quejas, incluidos las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
  - 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. Luego, 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 aceptamos una parte o todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario o **7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, después de recibir 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.

Paso 3: si nuestro plan no acepta parte o toda su apelación, usted tiene derechos adicionales de apelación.

Si rechazamos parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta.

- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le indicará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta, se le informará si el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare o Medicaid o podría estar cubierto por ambos.

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que normalmente **está cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como la apelación de Nivel 1 esté completa.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que normalmente **está cubierto por Medicaid**, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. En la carta, se le informará cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, usted recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial con el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento en apelación también pueden continuar

durante el Nivel 2. Diríjase a la página 201 para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se refiere a un servicio que normalmente está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema se refiere a un servicio que normalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta de decisión del plan.

Si su problema se refiere a un servicio o artículo que Medicare cubre normalmente:

Paso 1: la Organización de Revisión Independiente revisa la 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.
- Enviaremos a esta organización la información relacionada con su apelación. Esta información se denomina "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita del expediente de su 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.
- 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 contados** 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 naturales** 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.

- **Si la organización de revisión acepta parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos:
  - autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas** o;
  - proporcionar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes estándar** o;
  - proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes expeditas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos:
  - autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en disputa **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes estándar** o;
  - **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes expeditas**.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, eso significa que está de acuerdo con nuestro plan en cuanto a que su solicitud (o una parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina "mantener la decisión" o "rechazar su apelación").

- 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 recibió después de su Apelación de Nivel 2.
  - Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. En la **Sección 10** de este capítulo, se profundiza más sobre el proceso de las apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5. Consulte la **Sección 10** de este capítulo si desea obtener más información de contacto.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" que revisa los casos de Medicare es **"Entidad de Revisión Independiente"**. Suele llamarse **"IRE"**.

Si su problema se refiere a un servicio o artículo que Medicaid cubre normalmente:

Paso 1: puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que suelen estar cubiertos por Medicaid se denomina una audiencia imparcial con el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha en que enviamos la carta de decisión en su apelación de Nivel 1. En la carta que le enviemos, se le informará dónde presentar su solicitud de audiencia.

  Los miembros deben presentar las apelaciones de Nivel 2 de Medicaid ellos mismos.

Paso 2: la oficina de Audiencia Imparcial le brinda una respuesta.

La oficina de Audiencia Imparcial le comunicará su decisión y le explicará los motivos por los que la tomó.

- **Si la oficina de audiencia imparcial acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo dentro de las 72 horas después de que recibimos la decisión de la oficina de Audiencia Imparcial.
- **Si la oficina de Audiencia Imparcial rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en cuanto a que su solicitud (o una

parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”).

Si se rechaza la decisión para parte o la totalidad de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la decisión de la Organización de Revisión Independiente o de la oficina de la audiencia imparcial es rechazar parte o la totalidad de lo que usted solicitó, tiene **derechos adicionales de apelación**.

Si su apelación de Nivel 2 fue a la **Organización de Revisión Independiente**, puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un determinado monto mínimo. Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. **En la carta que usted obtenga de la Organización de Revisión Independiente, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que pueda tener.**

En la carta que usted obtenga de la oficina de Audiencia Imparcial, se describirá esta siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si usted recibe una factura que supera su copago para servicios y artículos cubiertos por Medicaid envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Pero si usted paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Cómo solicitar que se le devuelva el dinero por algo que ya pagó:

Si nos envía la documentación en la que solicita un reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la **Sección 5.1** de este capítulo).

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de **Medicaid**. Si usted recibe una factura supera su copago para servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor de atención médica y resolveremos el problema. Pero si usted paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener los servicios o artículos.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o nos solicita que paguemos a un proveedor de atención médica un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, nos solicitará que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos [qué está cubierto y qué se paga]*). También verificaremos que usted haya cumplido con todas las normas para el uso de la cobertura de atención médica (Estas normas aparecen en el Capítulo 3 de este cuadernillo: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica de Medicare que pagó está cubierta, 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.
    - Si la atención de Medicaid que usted pagó a un proveedor de atención médica está cubierta y cree que deberíamos pagar al proveedor de atención médica en su lugar, le enviaremos a su proveedor de atención médica el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud.
    - Entonces usted tendrá que comunicarse con su proveedor de atención médica para que le devuelvan el pago. O, si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor de atención médica. Cuando enviamos el pago, se acepta su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si la atención médica **no** está cubierta, o usted **no** cumple con 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 para apelar que se describe en la Sección 5.3 de este capítulo. 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 30 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 de atención médica

dentro de un plazo de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor de atención médica en el plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo, "Una guía de consejos básicos para decisiones de cobertura y apelaciones?". Si no lo hizo, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

Sección 7.1 En esta sección, se describe qué debe hacer si tiene inconvenientes para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos lo que ha pagado por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta médica. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. (La denominamos "lista de medicamentos" para abreviar).

Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos [Food and Drug Administration, FDA] o que está respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3, 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, las reglas y restricciones de cobertura y la información del costo, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted 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 5** de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
La decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **"determinación de cobertura".**

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:
    - La solicitud para que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos.
    - La solicitud para que anulemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (tal como, límites sobre las cantidades de medicamento que puede obtener).
    - Cómo solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple o no con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
    - **NOTA:** Si en su farmacia le indican que su receta no puede surtirse como está indicado, le otorgarán una notificación por escrito en la que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento con receta médica que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura sobre 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 7.2** 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 7.4** 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 7.4** de este capítulo.
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 7.5** de este capítulo.

Sección 7.2 ¿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”. 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. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.

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 (para obtener más información, vaya al Capítulo 5, 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".**

- Las reglas y restricciones de cobertura adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
    - Estar obligado a utilizar 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 cantidades. 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 del costo compartido, 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 costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que se aplica al medicamento(s) alternativo(s). Esto podría disminuir su parte del costo compartido para el medicamento.
    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de 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 costos compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de distribución de costos de ningún medicamento del Nivel cinco (5), Especializados.
- 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 7.3 Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones

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 posibilidades diferentes 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, por lo general, **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.
- Si denegamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la **Sección 7.5** de este capítulo, se describe cómo presentar una apelación si nuestro plan rechaza su solicitud.

La siguiente sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o pago que necesita. Si, debido a su salud, necesita una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. No puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos pide que le devolvamos el pago de un medicamento que ya ha comprado.

Lo que debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de 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 de cobertura en nuestro sitio web. Para obtener más información, diríjase al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada “Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D”. O bien, si usted nos solicita 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 de cobertura. En la **Sección 5.2** de este capítulo, se le explica

cómo puede otorgar un permiso por 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 devolvamos el pago de un medicamento**, comience leyendo el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por 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 justificatoria".** Su médico u otro prescriptor debe darnos las razones médicas para la excepción de medicamento que usted está solicitando. (La denominamos "declaración justificatoria"). Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos por fax o correo la declaración. 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 7.2** y **7.3** de este capítulo.
- **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 enviarnos una solicitud de determinación de cobertura mediante los medios electrónicos a través de nuestro portal seguro para miembros en https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/part-d-coverage-determinations.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una "decisión de cobertura rápida"

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se llama una **"determinación de cobertura expedita".**

- Cuando presentamos nuestra decisión, utilizamos los plazos "estándar" a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de que recibimos la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, 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 se puede pedir

una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado).

- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida **solo** si al utilizar los plazos estándar esto 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 de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida 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 de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, 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 de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - La carta también le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se 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 de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Si estamos utilizando los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un **término 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 periodo 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.
  - 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en la apelación de Nivel 2.

- **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 rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una "decisión" estándar de 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 periodo 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa 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 **término de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una "decisión" estándar de cobertura del pago de un medicamento que ya ha adquirido

- 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en la apelación de Nivel 2.
- **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 rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le informaremos 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 7.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de 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 conocer los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo postal, o en nuestro sitio web, para propósitos relacionados con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección "Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D".
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito mediante una solicitud escrita.** También puede presentar su apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1, "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 el Capítulo 2, Sección 1**, "Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D".

- **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 apelación de la Parte D por medios electrónicos http://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/part-d-coverage-determinations.
- **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 decisión de 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 que receta pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida".

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"reconsideración expedita".**

- 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 de cobertura rápida" que se incluyen en la **Sección 7.4** de este capítulo.

Paso 2: consideramos su apelación y le damos 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 entregarle nuestra respuesta en el **término de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
    - 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 donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, 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 nuestra respuesta fue negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos entregarle nuestra respuesta en el **término 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, deberá solicitar una apelación "rápida".
    - Si no le damos una decisión dentro de un período de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, 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 afirmativa 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 ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días naturales** 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 nuestra respuesta fue negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días naturales** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Si no le damos una decisión dentro de un período de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en la apelación de Nivel 2.
- **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 rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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 7.6 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". Suele llamarse **"IRE".**

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 "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitar una copia del expediente de su caso**.
- Tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

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 naturales 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.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "mantener la decisión" o "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "mantiene la decisión", usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cubrir 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 recibió después de su segunda apelación.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. En la **Sección 10** de este capítulo, se profundiza más sobre el proceso de las apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos cobertura para una internación más prolongada si cree que el médico le quiere dar el alta demasiado pronto

Al ser admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

Durante la internación en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deje el hospital. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que usted se va del hospital se denomina **"fecha del alta"**.
- 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 8.1 Durante la internación, recibirá una notificación por escrito de Medicare en la que se le informa sobre sus derechos

Durante la internación cubierta en el hospital, se le entregará una notificación escrita denominada *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 Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). 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 esta notificación detenidamente y haga preguntas si no la 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.
   - El derecho a participar en cualquier decisión acerca de su hospitalización y a conocer quién pagará su estadía.
   - 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
En el aviso por escrito de Medicare, se le indica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de pedir un retraso en su fecha de alta para que cubramos la atención de su hospital por más tiempo. (En la Sección 8.2 a continuación, se explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y que entiende sus derechos.**
    - Se le pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (En la **Sección 5.2** de este capítulo, se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
    - Firmar la notificación 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 la notificación **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. **Conserve su copia** de la notificación firmada 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 Servicio al Cliente (los números de teléfono está impresos en la cubierta posterior 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

Sección 8.2 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.
- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este cuadernillo). O llame a su el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que provee 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.

<u>Paso 1:</u> comuníquese con la Organización de Mejora de Calidad en su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

Una "revisión rápida" también se denomina "revisión inmediata"**.**

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- 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?

- En la notificación escrita que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le indica cómo comunicarse con esta organización. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad **antes** de irse del hospital y **no más tarde de la medianoche del día del alta**. (Su "fecha de alta planificada" es la fecha establecida para que salga del hospital).
    - Si cumple con el plazo, puede permanecer en el hospital **después** de la fecha planificada para el alta **sin pagar nada** mientras espera obtener la decisión de su apelación de la Organización para la Mejora de Calidad.
    - Si **no** cumple con el plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha planificada de alta, **es posible que deba pagar todos los costos** de la atención en el hospital que reciba después de esta fecha.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejora de Calidad, y aún desea apelar, puede presentar la apelación directamente ante nuestro

plan. Para obtener más información acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitar a la Organización de Mejora de 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 de Mejora de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización de 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 planificada 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 **"Notificación detallada del alta"**. Puede obtener una muestra de esta notificación si llama a Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este cuadernillo) 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 ver un ejemplo de notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización de Mejora de Calidad le dará una respuesta sobre su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- 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 cuadernillo).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión rechaza su apelación, significa que creen que la fecha planificada para el alta 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 de Mejora de Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **tendrá que pagar el costo total** de la atención de hospital que reciba después del mediodía del día siguiente a que la Organización para la Mejora 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 la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación, **y** usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación, **y** usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para el alta, luego puede presentar una apelación en el Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora 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 planificada para el alta.

Estos son los pasos del nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización de 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 de Mejora de Calidad haya dicho que no a su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: la Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad analizarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días naturales de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los examinadores de la Organización de Mejora 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 de 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**.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su solicitud:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron 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 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.

- En la **Sección 10** de este capítulo, se profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si no presenta a tiempo la apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la **Sección 8.2**, usted debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar la primera apelación sobre el alta hospitalaria. ("Rápidamente" significa antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada, lo que suceda primero). Si usted no cumple la fecha límite para ponerse en contacto con esta organización, hay otra manera 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 de Mejora 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
A la revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se le denomina **"apelación expedita"**.

<u>Paso 1:</u> comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada "Cómo comunicarse con nosotros para presentar 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".

<u>Paso 2:</u> llevamos a cabo una "revisión rápida" de la fecha programada para su alta, verificando si era apropiada por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información acerca de su hospitalización. Revisamos si su fecha prevista de alta 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 se acepta la respuesta a su apelación rápida**, 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 la 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 planificada de alta, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria después de dicha fecha.

Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que usted pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a Paso: proceso de apelación alternativo de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la **"Organización de Revisión Independiente"** es "Entidad de Revisión Independiente". Suele llamarse **"IRE".**

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. En la **Sección 11** de este capítulo, se 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 acepta su apelación,** debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria desde la fecha planificada para el alta. 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 planificada 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 avanzar 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 la **Sección 10** de este capítulo, se brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1 Esta sección se trata solo 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)

Esta sección trata acerca de los siguientes tipos de atención solamente únicamente:

- **Servicios de atención médica en el hogar** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Si desea conocer los requisitos para ser considerado un "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- La **atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación mayor. (Para obtener más información acerca de este tipo de centros, 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 los servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación en la cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que es momento de cancelar la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención, debemos comunicárselo con anticipación. Cuando se cancela la cobertura de atención, **dejaremos de pagar nuestra parte de los costos** *de su atención*.

Si cree que se cancela la cobertura de la atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo presentar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura

1. **Recibirá una notificación por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.
   - El aviso escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - En el aviso por escrito, también se le indica lo que puede hacer si desea 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 de cobertura acerca de cuándo suspender su atención. (En la **Sección 9.3** a continuación, se le explica cómo puede solicitar una apelación rápida).
El aviso por escrito se denomina "**Aviso de la no cobertura de Medicare".**

2. **Se le solicitará que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Se le pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (En la **Sección 5.2** de este capítulo, se explica cómo puede otorgar un permiso por 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 no significa que esté de acuerdo** con el plan respecto a que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su atención por más largo

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 que entiende y sigue los plazos que aplican para lo que 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 11** de este Capítulo, se explica cómo presentar una queja).

- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este cuadernillo). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (consulte la **Sección 2** de este capítulo).

Durante la apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad 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 de Mejora de la Calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización de 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. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, 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 de Mejora 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 no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejora de 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 9.5** de este capítulo.

Paso 2: la Organización de Mejora de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización de 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.
- 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, los revisores nos informarán sobre su apelación y le enviaremos un aviso por escrito en el que se explican en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso de explicación se denomina **"Explicación detallada de no cobertura"**.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de obtener 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, pueden existir 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 atención haya terminado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra su atención por más largo

Si la Organización de 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 de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su 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 Integral de Rehabilitación 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 de 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 de 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 de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de 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 seguir**

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.

- 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.
- En la **Sección 10** de este capítulo, se brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si no presenta a tiempo la apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Según se explica en la **Sección 9.3**, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización para la Mejora de la Calidad 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 de Mejora 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 de una apelación alternativa de nivel 1:

Términos legales
A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se le denomina **“apelación expedita”**.

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada “Cómo comunicarse con nosotros para presentar 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.
- 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 sean médicamente necesarios. 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 compartido 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura, entonces usted **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que usted pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a Paso: proceso de apelación alternativo de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la **"Organización de Revisión Independiente"** es "Entidad de Revisión Independiente". Suele llamarse **"IRE".**

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. En la **Sección 11** de este capítulo, se 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.
- **Si esta organización confirma su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) 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 rechaza 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 avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si la respuesta de los revisores a su apelación de Nivel 2 es negativa, 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.
- En la **Sección 10** de este capítulo, se brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes 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 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación en el 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 abogado adjudicador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelaciones podría o no podría terminar**. 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.
- **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 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. En la carta que recibe de la oficina de la Audiencia Justa, se le informará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Sección 10.3 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes 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 en el 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 abogado adjudicador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina**. 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 naturales después de haber recibido la decisión.

- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación 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, 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 naturales** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación 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 o deniega su solicitud de revisar la 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 11 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio de atención al cliente y 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, debe utilizar el proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan mediante 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.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "realizar un reclamo".

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 Servicio de Atención al Cliente? • ¿Considera que 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 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 un 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?

Queja	Ejemplo
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 de cobertura y presentar apelaciones se explica en las **Secciones de la 4 a la 10** de este capítulo. Si usted desea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación, deberá utilizar ese proceso y no el proceso de presentación de quejas. Sin embargo, si usted ya nos 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 de cobertura rápida" o una "apelación rápida" y rechazamos la solicitud, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, usted puede presentar una queja. • Cuando se revisa la decisión de 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 11.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal"

Términos legales

- Lo que esta sección llama **"queja rápida"** también se llama una **"queja formal".**
- El nombre formal para **"presentar una queja"** es **"presentar una queja formal"**.
- Otra manera de decir **"utilizar el proceso para quejas"** es **"utilizar el proceso para presentar una queja formal"**.

Sección 11.3 Paso a paso: presentar una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros rápidamente (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 apertura es a las 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- **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 de forma oral.
- 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 formal expeditiva oralmente o por escrito en caso de estar en desacuerdo con nuestra decisión de no realizar una determinación acelerada de organización/cobertura o una revisión expedita de reconsideración/redeterminación. Usted puede presentar una queja formal expeditiva si está en desacuerdo con la decisión del Plan para solicitar una extensión de catorce (14) días naturales 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.** Usted puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema del que desea quejarse.
- **Si usted presenta una queja porque le negamos su solicitud de "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le aceptaremos una queja "rápida".** Si usted tiene una queja "rápida", esto significa que le daremos **una respuesta en las siguientes 24 horas**.

Términos legales
Lo que esta sección llama **"queja rápida"** también se llama una **"querella expedita".**

Paso 2: nuestro plan evalúa su queja y le da una 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 naturales.** 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 total) para responder a su queja. Si decidimos que necesitamos más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja o parte de esta o no asumimos la responsabilidad del 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 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Usted puede presentarnos su queja acerca de la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso detallado anteriormente.

Si su queja es acerca de la **calidad de la atención**, usted tiene además otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejora de la Calidad**. Si lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención recibida directamente a esta organización (**sin necesidad** de presentarnos su reclamo a nuestro plan).
    - La Organización de 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.
    - Puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en 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 en ambos lados al mismo tiempo**. Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y presentarla también a la Organización de Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/Medicare ComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene otras inquietudes o tiene sugerencias, 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/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cómo finalizar su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 250

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en cómo terminar su membresía en nuestro plan 250

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 250

Sección 2.1 Puede terminar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid 250

Sección 2.2 Usted puede poner fin a su membresía durante el Período de inscripción anual 251

Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 252

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período especial de inscripción 253

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 254

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 255

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan 255

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá continuar adquiriendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 256

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan 256

SECCIÓN 5 Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones 257

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan? 257

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone su plan por ninguna razón relacionada con su salud 258

Sección 5.3 Tiene el derecho de presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan 258

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en cómo terminar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP puede ser **voluntaria** (su decisión) o **involuntaria** (decisión ajena a su voluntad):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* salir.
    - Hay solo ciertos períodos durante el año, o ciertas situaciones, cuando puede cancelar voluntariamente su membresía del plan. En la Sección 2, se explica cuándo puede finalizar su membresía en el plan. En la Sección 2, se le informa sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en su nueva cobertura.
    - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que elige. En la Sección 3, se le explica *cómo* finalizar su membresía en cada una de las situaciones.
- 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 finalizar 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 Puede terminar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden terminar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Debido a que usted tiene Medicaid, puede terminar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo

- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al siguiente período para finalizar su membresía o para cambiarse a un plan diferente. No puede utilizar este Período especial de inscripción para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. En la Sección 2.2, se le ofrece más información sobre el Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
    - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
        - Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica 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 período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de 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).

    Comuníquese con la Oficina Estatal de Medicaid para obtener más información sobre las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este cuadernillo).
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de planes. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará en este día.

Sección 2.2 Usted puede poner fin a su membresía durante el Período 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:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
  - 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 Extra" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado 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" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) Consulte el Capítulo 1, Sección 4 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 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período 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 con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
  - 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 recibamos su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage u obtendremos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si usted también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta médica, 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.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período especial de inscripción

En ciertas situaciones, puede ser elegible para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Periodo de Inscripción Especial**.

- **¿Quién es elegible para un Periodo 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 Especial de Inscripción. 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 trasladado.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para recibir "Ayuda Extra" para el pago de sus recetas médicas de Medicare.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.
  - Si recibe atención en una institución, como un hogar de enfermería o un hospital de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC).
  - Si usted se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
  - **Nota:** Si usted está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar los planes. En el Capítulo 5, Sección 10, se habla más acerca de estos programas de administración de medicamentos.

  Nota: En la Sección 2.1, se le informa más sobre el período especial de inscripción para personas con Medicaid.

- **¿Cuándo terminan los Periodos de Inscripción Especial?** Los periodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué se puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Periodo de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 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 con receta médica. 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 con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- – *o* – Original Medicare *sin* otro plan de medicamentos con receta médica de Medicare.

Si recibe "Ayuda Extra" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en el plan de medicamentos con receta médica 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 de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) Consulte el Capítulo 1, Sección 4 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.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2, se le informa más sobre el período especial de inscripción para personas con Medicaid y Ayuda Extra.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar 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 están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede obtener información en el folleto ***Medicare y Usted 2022***.
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del cuadernillo *Medicare y Usted 2022* 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 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 puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare. Sin embargo, se desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que cancelen su inscripción en 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 están impresos en la contraportada 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.

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. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *sin* otro plan de medicamentos recetados de Medicare. o Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática. o Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días o más seguidos sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	• **Enviarnos por escrito una solicitud para cancelar la inscripción.** Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). • 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 cancelará su inscripción en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de Texas Medicaid, comuníquese con el programa de Texas Medicaid al (800) 252-2412, 711 TTY, de 8 a. m. a 5 p. m., hora central, de lunes a viernes. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta cómo usted obtiene su cobertura de Texas Medicaid.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá continuar adquiriendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan

Si renuncia a Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP, puede pasar cierto tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigor la nueva cobertura de Medicare y Medicaid. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, usted debe seguir recibiendo su atención médica y 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 *Dual Advantage* HMO D-SNP **debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones**

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP **debe finalizar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

- Si ya no cuenta con la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Ya no cumple los requisitos de elegibilidad especiales:
    - Si usted no recupera su elegibilidad para Medicaid dentro del período de elegibilidad considerada, 3 meses.
    - Si su Subsidio para bajos ingresos de la Parte D determinado ya no cumple con el beneficio completo o es menos del 100 %.
- Si no paga su cuenta médica, si corresponde.
- 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 están impresos en la contraportada 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.
- 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 el monto adicional para la Parte D debido a su ingreso, y usted no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿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 están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone su plan por ninguna razón relacionada con su salud

Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP 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 Tiene el derecho de presentar una queja si finalizamos 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 querella o una queja acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía. Usted también puede consultar el Capítulo 9, Sección 11 para obtener información acerca de cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes 261

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 261

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare 261

SECCIÓN 4 Subrogación y derechos de responsabilidad de terceros..... 262

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Muchas leyes se aplican a esto *Evidencia de Cobertura* y se pueden aplicar algunas disposiciones adicionales porque la ley lo exige. 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 sobre la 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 figuran en el dorso de este folleto). Si tiene un reclamo, tal como un problema con acceso para sillas de rueda, Servicio al Cliente le puede ayudar.

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 *Dual Advantage* HMO D-SNP, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones para los CMS en los subapartados de B a D del apartado 411 del título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección sustituyen las leyes estatales.

SECCIÓN 4 Subrogación y derechos de responsabilidad de terceros

Subrogación/responsabilidad de terceros

Si le realizamos algún pago a usted o en su nombre por los servicios cubiertos, tenemos derecho a subrogarnos totalmente en todos los derechos que usted tenga contra cualquier persona, entidad o aseguradora que pueda ser responsable del pago de los gastos médicos o beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o afección. 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 su lesión, enfermedad o afección sufrida 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.

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, esto incluye, 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, si 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 reales que pagó nuestro plan. Cuando se resuelva el reclamo o se le pague todo monto a usted, a su representante legal o tutor, o al patrimonio, la persona que reciba dichos fondos debe pagarnos inmediatamente cualquier monto que recupere mediante sentencia, acuerdo, adjudicación, recuperación o de cualquier otro modo, de cualquier tercero responsable o su aseguradora, en la medida en que pagamos o proporcionamos beneficios por su lesión, enfermedad o afección durante su inscripción en nuestro plan.

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.

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.

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 periodo de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El periodo 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 periodo de beneficios, empezará un periodo de beneficios nuevo. La cantidad de periodos 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.

Etapa de cobertura en caso de catástrofe: período 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 $7,050.00 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

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.

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 %).

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados

con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Vea también "Quejas" en esta lista de definiciones.

Centro Integral de Rehabilitación 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. La distribución de costos incluye toda combinación de los tres tipos siguientes de pagos: (1) todo monto deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos, (2) todo monto fijo de "copago" que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio o medicamento, o (3) todo 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 de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. Las determinaciones de cobertura son llamadas "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de 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.

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 convalecencia, 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, tales como 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 cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realiza por su cuenta, por ejemplo, colocarse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

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 de distribución de costos diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Este es un ejemplo: si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de $30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su "tasa de distribución de costos diarios" 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 por prescripción: Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de abastecer una receta. El cargo por prescripción se utiliza para cubrir los costos de, por ejemplo, el tiempo que dedicó el farmacéutico a preparar y embalar el medicamento.

Persona con doble elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (EMD): Ciertos equipos médicos que indica el médico 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 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) y divulgación de información: En este documento, junto con el formulario de inscripción y demás anexos, modificaciones u otra cobertura opcional seleccionada, se 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 participación en los 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 Extra: 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.

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 sanitarios 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 centros para enfermos terminales es 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, como así también 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 hospital para recibir servicios médicos especializados. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere "paciente ambulatorio".

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informa en su declaración de impuestos del Servicio de Rentas Internas (IRS) de hace 2 años, es superior 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 $4,430.00.

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 Periodo 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 (Institutional Special Needs Plan, 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 cuidados a largo plazo. Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF), un centro de enfermería (nursing facility, NF), (SNF/NF), un Centro de Cuidados Intermedios para personas con Discapacidad Intelectual (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID) o un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados. 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 (Institutional Special Needs Plan, 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 Extra" (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 desembolso directo. Si usted es elegible para la asistencia para la distribución de costos de Medicare en virtud de Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo en relación con el monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros llegan a este máximo de gastos de bolsillo). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información sobre el monto máximo de gastos de bolsillo.

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 el Capítulo 2, Sección 6, 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 Drogas y Alimentos (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.

Médicamente 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 de enero y finaliza el 31 de marzo, y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona primero reúne los requisitos para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces se llama Parte C de Medicare. 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 con receta médica**. 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 ofrezcan en su área.

Programa de descuentos durante la Etapa de período 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 Extra". 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.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

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 (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): Seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados de pacientes ambulatorios, Inmunizaciones, productos biológicos y algunos suministros 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).

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.

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 medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten 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".

Original Medicare (plan de Medicare "Traditional Medicare" o "Fee-for-service"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no por los planes de salud privados como los planes de salud Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. De acuerdo con Original 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 cuadernillo.

Costos 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 con Receta Médica de Medicare. (Para facilitar la comprensión, llamamos Parte D al programa de beneficios de medicamentos recetados).

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden cubrirse en virtud de la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de los 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 primero reúne 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 Extra" ("Extra Help") de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no pagará multa por inscripción tardía. Si pierde Ayuda Extra, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

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.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan a cambio de un pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La distribución de costos, por lo general, es más alta para el miembro cuando recibe los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO ponen un límite anual a sus gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto a sus gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

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 remitirles a ellos. En muchos planes de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor para la 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 aparecen en el formulario con una marca.

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 el brazo, la espalda y el 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 la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): Grupo de médicos en actividad 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 el Capítulo 2, Sección 4, 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.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación recibida 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.

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 preferencial 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 (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 necesarios de urgencia: los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar una afección que no es una emergencia, enfermedad médica imprevista, lesión o afección que requiera atención médica inmediata. Los servicios médicos que se necesitan con urgencia los pueden proporcionar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles.

-**Servicio de Atención al Cliente** de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP

Método	Servicio de Atención al Cliente: información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de apertura es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Teladoc: (800) 835-2362, abierto las 24 horas al día, los 7 días de la semana Línea de enfermería: (713) 338-7979 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 apertura es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
ESCRIBA A	Memorial Hermann Advantage HMO 929 Gessner Road, Suite 1500 Houston, TX 77024
SITIO WEB	http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

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 de seguro de salud local 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 Papeleo (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que tenga un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

healthplan.memorialhermann.org/medicare

855.645.8448 (TTY 711)

8 a.m. a 8 p.m., Hora Central, Todos los Días (1 de Oct. – 31 de Mar.)

8 a.m. a 8 p.m., Hora Central, Lunes a Viernes (1 de Abr. – 30 de Sept.)

MEMORIAL HERMANN Health Plan

MEMORIAL HERMANN *ADVANTAGE* HMO

Copyright © 2021 Memorial Hermann. Se reservan todos los derechos.