

Evidencia de Cobertura 2025

**MEMORIAL
HERMANN**
Health Plan
Medicare Advantage Plans

1 de enero – 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO

Este documento le proporciona la información sobre su cobertura de atención médica de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

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

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

Los beneficios o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

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

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

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

Evidencia de cobertura de 2025**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....	7
SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4 Su costo mensual por Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO	9
SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	10
SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	10
CAPÍTULO 2: <i>Teléfonos y recursos importantes</i>	12
SECCIÓN 1 Contactos de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con el Servicio al cliente)	13
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	18
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	19
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad	20
SECCIÓN 5 Seguro Social	22
SECCIÓN 6 Medicaid	23
SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios.....	24
SECCIÓN 8 ¿Tiene usted un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?	24
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	25
SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan	26
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.....	28
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención, o durante un desastre.....	30
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios?.....	33
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	33
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no dedicada a la atención médica.....	35

SECCIÓN 7	Normas para ser propietario del equipo médico duradero	37
CAPÍTULO 4:	<i>Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</i>	39
SECCIÓN 1	Explicación de sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos	40
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar	41
SECCIÓN 3	¿Cuáles servicios no están cubiertos por el plan?	84
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibí por servicios médicos cubiertos</i>	87
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos	88
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió	89
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no	90
CAPÍTULO 6:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	91
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	92
SECCIÓN 2	Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades.....	98
CAPÍTULO 7:	<i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	100
SECCIÓN 1	Introducción	101
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	101
SECCIÓN 3	Para solucionar su problema, ¿qué proceso debe usar?	102
SECCIÓN 4	Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....	103
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	106
SECCIÓN 6	Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si cree se le está dando el alta demasiado pronto	114
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto	119
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores	123
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el Servicio al cliente u otras inquietudes	124

CAPÍTULO 8: <i>Cómo cancelar su membresía en el plan</i>	128
SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan	129
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?.....	129
SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?	131
SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos por medio de nuestro plan	132
SECCIÓN 5 Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO debe cancelar su membresía del plan en ciertas situaciones	133
CAPÍTULO 9: <i>Avisos legales</i>	135
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable	136
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación.....	136
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare	136
SECCIÓN 4 Derechos de subrogación y de responsabilidad a terceros.....	137
CAPÍTULO 10: <i>Definiciones de palabras importantes</i>	139

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, que es una HMO de Medicare
--------------------	--

Usted tiene cobertura de Medicare y eligió recibir su atención médica por medio de nuestro plan, Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada. Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO no incluye la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

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

Sección 1.2	¿De qué se trata el documento <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	---

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

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos que tiene disponibles como miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO.

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

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

Sección 1.3	Información legal de la <i>Evidencia de cobertura</i>
--------------------	--

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO cubre su atención. En otras partes de este contrato se incluye su formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre los cambios en su cobertura o las condiciones que la afectan. Esos avisos se llaman a veces cláusulas *adicionales* o *enmiendas*.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO después del 31 de diciembre de 2025. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

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

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

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

Sección 2.2 Esta es el área de servicio para el plan Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO

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

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

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

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

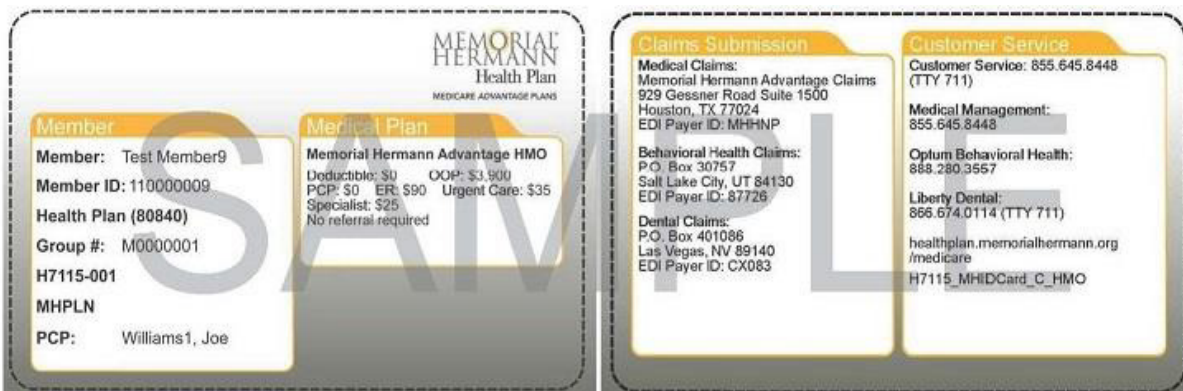
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos

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

SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de miembro cuando reciba servicios cubiertos por este plan. Usted además debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un ejemplo de muestra de una tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:



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

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores*, encontrará la lista actualizada de proveedores dentro de la red y de los proveedores de equipo médico duradero. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

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

La lista más reciente de proveedores también está en nuestro sitio web, <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede pedirla (en formato electrónico o impreso) en Servicio al cliente. Las solicitudes de *directorios de proveedores* impresos se le enviarán por correo en un plazo de tres días laborables.

SECCIÓN 4 Su costo mensual por Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)

Las primas de la Parte B de Medicare varían según los ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia del manual *Medicare y usted 2025*, la sección llamada *Costos de Medicare 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O, puede ordenar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Usted no paga una prima mensual aparte por el plan Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO.

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

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

El plan Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO incluye \$125 que se destinan a reducir su prima mensual de la Parte B de Medicare. Los \$125 reducen la cantidad que se retiene de su pago del Seguro Social cada mes.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

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

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

Avísenos de estos cambios:

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

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

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

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 2:

*Teléfonos
y recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con el Servicio al cliente)

Cómo comunicarse con el Servicio al cliente de nuestro plan

Si necesita ayuda con reclamos o facturación, o tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio al cliente de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO. Será un gusto ayudarlo.

Método	Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. El Servicio al cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablen inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
ESCRIBA A	Memorial Hermann Advantage HMO P.O. Box 19909 Houston, TX 77224-1909
SITIO WEB	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	(713) 338-6982
ESCRIBA A	Memorial Hermann Advantage HMO Medical Management P.O. Box 19909 Houston, TX 77224-1909
SITIO WEB	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Apelaciones de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	(713) 338-5811
ESCRIBA A	Memorial Hermann Advantage HMO Appeals & Grievances P.O. Box 19909 Houston, TX 77224-1909
SITIO WEB	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. Para obtener más información de cómo presentar una queja sobre la atención médica, vea el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 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 P.O. Box 19909 Houston, TX 77224-1909
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde se puede enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que recibió

Si recibió una factura o pagó servicios (como por ejemplo, la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar nosotros, es posible que tenga que solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor; consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos*).

Tenga en cuenta: Si nos presenta una solicitud de pago y denegamos alguna parte de la solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vea el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para obtener más información.

Método	Solicitud de pago – Información de contacto
LLAME AL	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
ESCRIBA A	Memorial Hermann Health Plan ATTN: Medical Claims Department – Member Reimbursement P.O. Box 19909 Houston, TX 77224-1909
SITIO WEB	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

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

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

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

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	Llame al 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.Medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial de Medicare. Tiene información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, centros de atención residencial, médicos, agencias de atención médica en casa y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: proporciona información individualizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes médicos de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo</i> de lo que pueden ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede usar el sitio web para compartir con Medicare las quejas que tenga sobre Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, es probable que encuentre ayuda para visitar este sitio web en la biblioteca local o en el centro para adultos mayores usando la computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

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

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

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

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes**MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:**

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR [Localizador de SHIP] que está en medio de la página)
- Elija su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con los teléfonos y los recursos específicos de su estado.

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

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Texas, la organización para la mejora de la calidad se llama Acentra Health.

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

Debe comunicarse con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

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

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Acentra Health (organización para la mejora de la calidad de Texas) – Información de contacto
LLAME AL	(888) 315-0636 <u>Horario de atención de la línea de ayuda:</u> Días laborables: 9:00 a. m. a 5:00 p. m. hora del Este, del Centro, de la Montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutianas. Fines de semana: 10:00 a. m. a 4:00 p. m. hora del Este, del Centro, de la Montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutianas.
TTY	711 O (855) 843-4776 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
FAX	(844) 878-7921 (fax gratuito)
ESCRIBA A	Acentra Health 5201 W Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.acentraqio.com/bene/statepages/texas/

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare son también elegibles para Medicaid. Los programas que se ofrecen por medio de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos **programas de ahorros de Medicare** incluyen:

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

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

Método	Comisión de Servicios Humanos y Salud de Texas – Información de contacto
LLAME AL	(800) 252-8263
TTY	(512) 424-6597 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Commission Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

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

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

SECCIÓN 8 ¿Tiene usted un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?

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

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan
para sus servicios médicos*

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

Este capítulo explica lo que debe conocer sobre cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos con receta de la Parte B y otra atención médica que cubre el plan.

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

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores dentro de la red y los servicios cubiertos?
--

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

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

Como plan médico de Medicare, Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO debe cubrir todos los servicios que cubre Medicare original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare original.

Normalmente, Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO cubre la atención médica siempre que:

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

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

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

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

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

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

- Nota: en ocasiones, a su PCP lo puede reemplazar otro proveedor (p. ej.: el Dr. Jones está de vacaciones, y el Dr. Smith de su consultorio lo está reemplazando); en este caso, usted debe pagar el copago del PCP. Sin embargo, si consulta a un proveedor de atención médica primaria que no sea su PCP (o a un proveedor que esté reemplazando a su PCP), usted deberá pagar el copago del plan por especialistas.

¿Cómo elige a su PCP?

Como miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, si no eligió un PCP en el momento de la inscripción, deberá elegir un médico de atención primaria (PCP) de nuestra red de proveedores contratados. Si no elige un PCP en el momento de la inscripción, el Plan puede identificar uno por usted, usando su historia registrada de reclamos. Si el plan no tiene su historia de reclamos, el PCP se asignará automáticamente según su lugar geográfico.

Cómo cambiar su PCP

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

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

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

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

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con condiciones cardíacas.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.
- Aunque le recomendamos encarecidamente que hable de su atención especializada con su PCP para coordinar la atención, no está obligado a obtener una remisión de su PCP para ver a un especialista.
- Consulte su Directorio de proveedores y nuestro sitio web para ver información sobre nuestra red de proveedores de atención médica y especialistas.
- Para algunos tipos de procedimientos o terapias, el PCP o el especialista puede necesitar obtener antes una aprobación de nuestro Plan (autorización previa).
- Consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección 2.1, para revisar los servicios para los que se puede necesitar autorización previa.

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

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le demos acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o salud conductual principal abandona nuestro plan, le avisaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le avisaremos si está asignado a ese proveedor, si lo atiende actualmente o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de nuestra red con el que podrá consultar para continuar su atención.
- Si en este momento usted está recibiendo tratamiento médico o alguna terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe el tratamiento o la terapia médicamente necesarios que esté recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para asegurar que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción que tiene disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio médicamente necesario cubierto fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor dentro de la red o beneficio no esté disponible o no sea adecuado para cubrir sus necesidades médicas. Se necesita autorización previa.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para manejar su atención.
- Si cree que no le hemos facilitado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor anterior, o que no se está manejando apropiadamente su atención, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a QIO, una queja formal de calidad de la atención al plan, o ambas. Vea el Capítulo 7.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Normalmente, este plan no da cobertura para servicios recibidos de proveedores fuera de la red. Sin embargo, puede recibir servicios médicamente necesarios de proveedores fuera de la red en caso de emergencia o por una necesidad de emergencia o de urgencia fuera del área.

Además, si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y viajará fuera del área de servicio del Plan, podrá recibir tratamientos ambulatorios de diálisis de proveedores que no tengan contrato con el Plan. Su proveedor es responsable de obtener la autorización para estos servicios.

Si necesita atención médica que, según Medicare, nuestro Plan debe cubrir, y los proveedores de nuestra red no pueden dar esta atención, podrá obtenerla de un proveedor fuera de la red, pero el proveedor deberá ser participante del programa Medicare original o aceptar el pago de Medicare. En esta situación, se exige autorización previa antes de recibir estos servicios. Por estos servicios, el Plan pagará lo mismo que pagaría si usted recibiera la atención de un proveedor dentro de la red.

Transición de la atención para nuevos miembros

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

Los miembros pueden obtener el formulario de Continuación de la atención en:

<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center>.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención, o durante un desastre**Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica****¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?**

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente, que tiene conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé que no ha nacido), perder una extremidad o la función de una extremidad, o la

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

pérdida o deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener aprobación ni remisión previa de su PCP. No es necesario que vaya con un médico dentro de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia del estado apropiada, incluso si no son partes de nuestra red.
- **La atención emergencia y de urgencia está cubierta en todo el mundo (fuera de los Estados Unidos o sus territorios).**
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya avisado a nuestro plan sobre su emergencia.** Debemos darle seguimiento a la atención de emergencia que le den. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos de su atención de emergencia, generalmente en las siguientes 48 horas. Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448. Horario de atención de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

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

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

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

Si proveedores fuera de la red dan su atención de emergencia, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a organizar que los proveedores dentro la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan. El plan debe aprobar toda la atención fuera de la red que se reciba después del problema de emergencia. Si lo estabilizan y luego lo hospitalizan, el proveedor fuera de la red tendrá que comunicarse con nosotros en un plazo de 48 horas después del ingreso para avisarnos y recibir otra aprobación para continuar en el hospital fuera de la red.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría llegar por atención de emergencia (pensando que su salud está en grave peligro) y el médico podría

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

decir que después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre que haya pensado de manera razonable que su salud estaba en grave peligro.

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

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

Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de los servicios
--------------------	--

¿Qué son los servicios necesarios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que necesita atención médica inmediata, que no sea una emergencia, es un servicio necesario de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable debido al tiempo, el lugar y las circunstancias para obtener este servicio de proveedores dentro de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios necesarios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias médicamente necesarias a proveedores, como las revisiones anuales, no se consideran necesarias de urgencia, aunque usted esté fuera del área de servicio del plan o no esté disponible la red del plan temporalmente.

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

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

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

Si no puede usar a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de los proveedores fuera de la red con el costo compartido dentro de la red.

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

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

Si pagó más que los costos compartidos de su plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, vea el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

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

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

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (llamado también un *ensayo clínico*) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, cómo funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente piden voluntarios para participar en el estudio.

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted solo es responsable de pagar los costos compartidos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad de costos compartidos de Medicare Original, nosotros le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, debe presentarnos la documentación para que podamos ver cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita decirnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le presten la atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que tengan como componente un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados según las determinaciones nacionales de cobertura que exigen cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y los estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica cubierto mediante Medicare original para las personas inscritas en Medicare Advantage, le recomendamos que nos avise con antelación cuando elija participar en un ensayo clínico calificado de Medicare.

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

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

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

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

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio de la manera como lo haría si recibiera esos servicios de nuestro plan. Sin embargo, está obligado a presentar la documentación que muestre cuánto pagó de costos compartidos. Vea el Capítulo 5 para obtener más información para presentar las solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta \$100. Supongamos también que su parte del costo para este examen es \$20 en Medicare Original, pero el examen sería solo \$10 según los beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el examen y usted el copago de \$20 necesario según Medicare Original. Luego notificaría al plan que recibió el servicio de un ensayo clínico calificado y presentaría la documentación al plan, como por ejemplo la factura de un proveedor. Entonces el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es \$10, que es la misma cantidad que usted tendría que pagar según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago del plan, debe presentar la documentación al plan, como por ejemplo la factura de un proveedor.

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

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

¿Quiere obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no dedicada a la atención médica

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

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero

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

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como el equipo suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas eléctricos para colchones, muletas, suministros para diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en casa. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección tratamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

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

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

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

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

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

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento
--

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO cubrirá:

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

Si se va de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO o el equipo de oxígeno ya no es una necesidad médica, dicho equipo deberá devolverse.

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

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

CAPÍTULO 4:

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

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

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

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

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

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

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deberían pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuánto es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Debido a que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad total que debe pagar de gastos de bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que cubre nuestro plan. Este límite se llama máximo de gastos de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, esta cantidad es de \$2,950.00.

Los montos que paga por copagos y coseguros para servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de desembolso directo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si alcanza la cantidad del máximo de gastos de bolsillo de \$2,950.00, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro pague su prima de la Parte B).

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

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

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

Esta protección funciona así.

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

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes menciona los servicios que cubre Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO y lo que usted paga de gastos de bolsillo por

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

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

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben darse según las directrices de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo la atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos miembros, su plan MA de atención coordinada debe dar un período mínimo de transición de 90 días, en el que el nuevo plan MA no puede exigir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue por un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe su atención médica de un proveedor dentro de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que su plan o un proveedor dentro de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor el costo total de los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (un PCP) que le está dando y controlando su atención.
- Algunos de los servicios incluidos en la tabla de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación con antelación (algunas veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados en letra negrita en el Cuadro de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesaria para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historia médica y la recomendación del proveedor que lo está tratando.

Otra información importante sobre su cobertura:

- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, vea su manual *Medicare y usted 2025*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).


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

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo según Medicare Original, también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para alguna enfermedad existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por el tratamiento recibido para la enfermedad existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2025, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.



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




Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen médico de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido de evaluación una sola vez para las personas en riesgo. El plan cubre este examen médico si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay que pagar coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen médico preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • inespecífico: no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con operaciones, y • no está asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones más para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o hay retroceso. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]), pueden aplicar acupuntura de acuerdo con los requisitos correspondientes del estado.</p>	<p>\$30.00 de copago por cada visita de terapia de acupuntura cubierta por Medicare.</p>




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

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


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: La primera visita de bienestar anual no se puede hacer en el período de 12 meses desde su visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de <i>Bienvenido a Medicare</i> para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p> Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, son las personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de pérdida de hueso o determinación de la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare</p>
<p> Examen médico de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre 35 y 39 años de edad • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de más de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación están cubiertos para los miembros que cumplan ciertas condiciones con la orden de 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.</p>	<p>\$30.00 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos 1 visita al año con su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle del uso de aspirina (si es apropiado), revisar su presión y darle sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Chequeo de enfermedad cardiovascular Exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen médico de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si está en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o están en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación 	<p>\$20.00 de copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Se cubren los siguientes exámenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tienen riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de evaluación o un enema de bario anterior. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de más de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de haberse sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de más de 45 años. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para los pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para los pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o de la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de más de 45 años sin alto riesgo. Al menos una vez cada 48 meses después del último enema de bario de detección o de la sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Si una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces cubierta por Medicare da un resultado positivo, las pruebas de detección incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excluyendo los enemas de bario, a los que se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a copagos/ coseguros.</p> <p>\$25.00 de copago por procedimientos o pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p>



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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente cubre servicios dentales en muy pocas situaciones, concretamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento puntual de la condición médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o una lesión, extracciones dentales hechas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que comprometa la mandíbula, o exámenes bucales anteriores a un trasplante de riñón.</p> <p>Además, Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO cubre:</p> <p><u>Los siguientes servicios preventivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal • Radiografías dentales. • Profilaxis (limpiezas) • Tratamientos con fluoruro <p><u>Los siguientes servicios integrales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico • Restaurativo • Periodoncia • Endodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otras cirugías bucales/maxilofaciales, otros servicios • Servicios que no sean de rutina <p>NOTA: Las cantidades de copago para servicios integrales dentro de la red varían según el tipo y la intensidad del procedimiento o servicio. Revise la lista de tarifas dentales en el anexo de Liberty Dental para ver la cantidad exacta del copago para cada tipo de procedimiento.</p>	<p>\$30.00 de copago por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare</p> <p>Beneficio máximo anual del plan de \$2,000.00.</p> <p><u>Servicios de prevención</u> 0% de coseguro dentro de la red para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales – 2 por año del plan • Radiografías dentales – 2 por año del plan • Limpiezas – 2 por año del plan • Tratamientos con fluoruro – 2 por año del plan <p>20% de coseguro por los servicios preventivos fuera de la red</p> <p><u>Servicios integrales</u></p> <p><u>Servicios de diagnóstico</u> \$0.00 de copago dentro de la red o 20% de coseguro fuera de la red.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Para obtener más información sobre sus beneficios dentales, limitaciones y exclusiones, consulte el documento adjunto de Liberty Dental 2024. Puede comunicarse también con Liberty Dental llamando al (866) 674-0114 o visitando el sitio web de Liberty https://client.libertydentalplan.com/MemorialHermannMedicare.</p>	<p><u>Servicios de restauración</u> De \$15.40 a \$220.00 de copago dentro de la red, dependiendo del tipo y la intensidad del servicio, o 50% de coseguro fuera de la red.</p> <p><u>Servicios periodontales</u> De \$5.50 de copago a \$201.30 de copago dentro de la red, dependiendo del tipo y la intensidad del servicio, o 50% de coseguro fuera de la red.</p> <p><u>Servicios de endodoncia</u> De \$9.90 de copago a \$364.00 de copago dentro de la red, dependiendo del tipo y la intensidad del servicio, o 50% de coseguro fuera de la red.</p> <p><u>Servicios de extracción</u> De \$24.20 de copago a \$103.40 de copago dentro de la red, dependiendo de la intensidad del servicio, o 50% de coseguro fuera de la red.</p> <p><u>Prostodoncia</u> De \$25.30 a \$559.90 de copago dentro de la red, dependiendo del tipo y la intensidad del servicio, o 50% de coseguro fuera de la red.</p> <p><u>Otras operaciones bucales/ maxilofaciales, otros servicios</u> De \$24.20 de copago a \$1,129.70 de copago dentro de la red, dependiendo del tipo y la intensidad del servicio, o 50% de coseguro fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p>	<p><u>Servicios que no son de rutina</u> Los copagos dentro de la red dependen del tipo de servicio. 50% de coseguro fuera de la red.</p> <p>Se aplican limitaciones a los servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, otras cirugías bucales/maxilofaciales y otros servicios.</p>
<p> Evaluación de depresión Cubrimos un examen médico de depresión al año. El examen médico se debe hacer en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento o remisiones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de evaluación de la depresión.</p>
<p> Examen médico de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión alta (hipertensión), historia de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historia de niveles elevados de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también se pueden cubrir si cumple otros requisitos como tener sobrepeso y tener historia familiar de diabetes. Es posible que sea elegible para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses desde la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Servicios y suministros para capacitación del control de su propia diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (los que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluyendo los accesorios que se dan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que se dan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el control de su propia diabetes está cubierta en ciertas condiciones. • La capacitación para el manejo de su propia diabetes está limitada a veinte (20) sesiones por año calendario. <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) están limitados a nuestros fabricantes preferidos, DexCom y Freestyle Libre.</p> <p>Es posible que únicamente cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para sus necesidades médicas.</p>	<p>0% de coseguro por marcas preferidas exclusivas de glucómetros y tiras reactivas. Las marcas preferidas son One Touch (LifeScan) y Ascencia (Contour).</p> <p>20% de coseguro por todos los otros suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por suministros para diabéticos que se compran en farmacias que no sean de la red (p. ej., proveedores de equipo médico duradero [DME]).</p> <p>0% de copago por capacitación para el manejo personal de la diabetes cubierta por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por plantillas o zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por marcas de CGM preferidas (Dexcom y Freestyle Libre) en una farmacia dentro de la red (comercio). Todas las demás marcas están sujetas a una revisión de necesidad médica.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para ver la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3, Sección 7, de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, camas de hospital que ordene un proveedor para usarlas en casa, bombas para infusión por vía intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante específico, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista de proveedores más reciente también está en nuestro sitio web, https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/.</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) están limitados a nuestros fabricantes preferidos, DexCom y Freestyle Libre.</p> <p>Es posible que únicamente cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para sus necesidades médicas.</p>	<p>20% de coseguro por equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare. Se exige autorización previa para artículos de más de \$500.00.</p> <p>0% de coseguro por suministros de pruebas para diabéticos cubiertos por Medicare (glucómetro, tiras reactivas) de los proveedores preferidos One Touch (LifeScan) y Ascencia (Contour).</p> <p>20% de coseguro por suministros de prueba no preferidos para diabéticos.</p> <p>20% de coseguro por suministros para diabéticos que se compren en farmacias que no sean de la red (p. ej., proveedores de equipo médico duradero [DME]).</p> <p>20% de coseguro (hasta \$35.00) por un suministro de insulina para un mes cubierto por la Parte B proporcionado por un proveedor de DME.</p> <p>20% de coseguro por marcas de CGM preferidas (Dexcom y Freestyle Libre) en una farmacia dentro de la red (comercio). Todas las demás marcas están sujetas a una revisión de necesidad médica.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p>	<p>Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro cada mes.</p> <p>Los costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito por 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO usted había hecho 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno, sus costos compartidos de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO serán un coseguro del 20%.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presta un proveedor calificado para prestar servicios de emergencias, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y, si está embarazada, pérdida del bebé no nacido), pierda una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por servicios de emergencias necesarios prestados fuera de la red es el mismo para esos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>La cobertura es mundial y no se limita a los Estados Unidos o a sus territorios.</p>	<p>\$140.00 de copago por visitas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare. El copago no se cobra si lo hospitalizan.</p> <p>\$125.00 USD de copago por servicios de emergencias en todo el mundo. El copago no se cobra si lo hospitalizan.*</p> <p>20% de coseguro por servicios de transporte de emergencia en todo el mundo.*</p> <p>Beneficio máximo de \$50,000 USD por servicios de emergencias a nivel mundial, por año de beneficios.*</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de emergencia (continuación)</p> <p>Nota: Los cargos que superen el beneficio máximo mundial de \$50,000 USD no se contarán para su máximo anual de gastos de bolsillo. Los proveedores pueden facturarle el saldo si el costo total de atención en otros lugares del mundo supera los \$50,000 USD durante el año del plan.*</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes ingresados después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, deberá regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta, <i>O</i> deberá recibir atención para pacientes ingresados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p> Programas de educación para la salud y bienestar</p> <p>Incluye los programas de abajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen físico anual integral • Línea médica de enfermería 24/7 Nuestro plan ofrece pruebas y selección con enfermeros las 24 horas, los 7 días de la semana. • Consultas virtuales <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Teladoc</u>: Disponible 24/7 en todo el país. Puede registrarse o iniciar sesión en Teladoc en https://www.teladoc.com. ○ <u>Memorial Hermann</u>: Horario limitado en todo Texas. https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care. 	<p>\$0.00 de copago para examen físico anual integral.</p> <p>\$0.00 de copago por servicios de la línea médica de enfermería disponible 24/7, por medio del número gratuito exclusivo (855-577-7979).</p> <p>\$0.00 de copago por consultas telefónicas con el médico, disponibles 24/7 en todo el país por medio de Teladoc.</p>



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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 Programas de educación para la salud y bienestar (continuación)	
<ul style="list-style-type: none"> • Membresía en centros de fitness Formas nuevas y divertidas de ponerse en forma y mantenerse sano, el programa Silver & Fit consta de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ser miembro del club de fitness Silver & Fit o de un gimnasio que participe en el programa básico de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO no tiene costo para usted. Puede elegir comprar más servicios ampliados. Comuníquese con su gimnasio. ○ El programa de fitness en casa de Silver & Fit, si puede ir a un centro de fitness o prefiere hacer ejercicio en casa. ○ Clases de envejecimiento saludable (en línea o en DVD) ○ El boletín de Silver Slate® 4 veces al año ○ El sitio web Silver & Fit ○ Una línea directa para llamadas sin costo para responder preguntas sobre el programa. 	<p>\$0.00 de copago por el programa de fitness por medio del programa de kit de ejercicio en casa.</p> <p>\$0.00 de copago por consultas virtuales por medio de Memorial Hermann. Horario limitado en todo Texas.</p>
<p>Se debe usar un club de fitness contratado disponible en toda el área de servicio. Las ofertas de clases específicas varían según el lugar.</p>	
<p>Para obtener más información, visite: https://www.silverandfit.com.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de transporte Comuníquese con Modivcare al (855) 330-9138 o visite https://www.mymodivcare.com para pedir su viaje al menos 3 días laborables antes de su cita. 	<p>El plan proporciona al año hasta 20 traslados de ida o de vuelta a un lugar relacionado con la salud. (incluye taxi, servicios de viajes compartidos, autobús, metro, van y transporte médico).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Programas de educación para la salud y bienestar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>Comidas Beneficio de comidas relacionadas con la salud de duración limitada inmediatamente después de una hospitalización como paciente ingresado o de una operación ambulatoria. Llame al Servicio al cliente al (855) 645-8448 para obtener más información.</p> <p>Artículos de venta libre (OTC) Nuestro plan ofrece una asignación para ciertos artículos de venta libre. Llame al Servicio al cliente al (855) 645-8448 para obtener más información. Los fondos <u>no</u> se transfieren si no se usan.</p> <p>Comida y productos agrícolas (comida) Beneficio de comestibles trimestral. Los fondos <u>no</u> se transfieren si no se usan.</p> <p>Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard) Para obtener más información sobre los servicios de audición, consulte la página 57. Para obtener más información sobre la atención de la vista, consulte la página 82.</p> <p>Para obtener más información, visite nuestra página de Tarjeta Flex en https://mhhp.org/flex.</p> <p>Revise el saldo de su Tarjeta Flex en: https://mhhp.flex.org.</p> 	<p>El plan proporciona hasta diez (10) comidas preparadas y entregadas a domicilio después de cada hospitalización como paciente ingresado u operación ambulatoria durante el año de beneficios.</p> <p>\$75.00 de reembolso máximo del plan cada tres (3) meses por artículos de OTC.</p> <p>\$50.00 de beneficio de comestibles trimestral.</p> <p>La Flex Card incluye tres (3) categorías de gasto:</p> <p><u>Audición y vista:</u> \$1,000.00 de asignación anual combinada para audición y vista, para gastarla según sea necesario para anteojos y lentes o para aparatos auditivos.</p> <p><u>De venta libre (OTC):</u> \$75.00 de asignación trimestral para productos de OTC relacionados con la salud que se obtengan por medio de su farmacia local o del catálogo de Medline que encontrará en https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 Programas de educación para la salud y el bienestar (continuación)	<p><u>Beneficio de comestibles:</u> \$50.00 de beneficio de comestibles se agregarán a Flex Card una vez por trimestre. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP de USDA.</p>
<p>Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio hechas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las hace un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Además, su plan Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición de rutina • Evaluación/ajuste de audífonos • Audífono <p>NOTA: \$1,000.00 es el beneficio máximo anual combinado para los servicios de audición y vista. Puede consultar Atención de la vista en la página 82.*</p>	<p>\$20.00 de copago por examen de audición anual cubierto por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por examen hecho por un audiólogo para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p> <p>\$0.00 de copago por exámenes de rutina de la audición.</p> <p>\$0.00 de copago por una evaluación/ajuste de audífonos.</p> <p>\$0.00 de copago por exámenes de audición y de equilibrio básicos hechos por un médico de atención primaria.</p> <p>\$1,000 de beneficio anual para la compra de audífonos (los dos oídos combinados).*</p>
 Prueba de detección del VIH Para las personas que piden una prueba de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta un máximo de tres pruebas de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de una agencia de atención médica en casa Antes de recibir servicios de atención médica en casa, un médico debe certificar que necesita los servicios de atención en casa y ordenar los servicios prestados por una agencia de atención médica en casa. Debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir de casa implica un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa, de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos según el beneficio de atención médica en casa, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa combinados deben sumar un total de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos 	<p>\$0.00 de copago por cada visita médica a domicilio cubierta por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p>Terapia de infusión en casa La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluyendo de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera según el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia • Servicios de monitoreo para terapia de infusión en casa y medicamentos de infusión en casa suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión en casa • Los servicios de infusión a domicilio también pueden incluir quimioterapia, antiinfecciosos y otros medicamentos especializados para tratar diversas condiciones. 	<p>20% de coseguro por terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por quimioterapia y medicamentos de radiación cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro (hasta \$35.00) para la insulina cubierta de la Parte B.</p> <p>Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>

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

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

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidados de hospicio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido según Medicare “Pago por servicio” (Medicare Original) <p><u>Para servicios que tienen cobertura de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, pero no tienen cobertura de la Parte A o B de Medicare: Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO seguirá cubriendo servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga su cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios.</u></p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas de la neumonía • Vacunas (inyecciones) de la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con otras vacunas (o inyecciones) de la gripe/influenza si es médicamente necesario • Vacunas de la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B • Vacunas del COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple las normas de cobertura de la Parte B de Medicare 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas de la neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en el hospital para pacientes hospitalizados Incluye servicios para condiciones de casos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted ingresa formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes del alta es su último día de paciente hospitalizado.</p> <p>Días ilimitados por período de beneficios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluyendo dietas especiales • Servicios normales de enfermería • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por consumo de sustancias 	<p>\$500.00 de copago por cada estancia en el hospital como paciente hospitalizado cubierto por Medicare</p> <p>Se exige autorización previa.</p> <p>Si recibe atención autorizada de paciente hospitalizado en un hospital que fuera de la red después de que se estabiliza su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación)	
<ul style="list-style-type: none">• En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/varias 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 fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante dentro de la red son fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir obtenerlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO presta servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir el trasplante en ese lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante.• Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. Medicare cubre sangre entera y concentrados de glóbulos rojos a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Su plan cubre las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario, y usted u otra persona puede donar la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se usa.• Servicios prestados por un médico	
Nota: Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo en el hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.	



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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? <i>Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>NOTA: Todos los servicios relacionados con trasplantes exigen autorización previa. Hay servicios de administración de casos para ayudar a coordinar los servicios necesarios.</p> <p>Si recibe servicios de hospital como paciente ingresado en otra parte del mundo debido a una emergencia, los cargos que superen el beneficio máximo mundial de \$50,000 USD no se contarán para su máximo anual de gastos de bolsillo. Los proveedores pueden facturarle el saldo si el costo total de atención en otros lugares del mundo supera los \$50,000 USD durante el año del plan. *</p>	
<p>Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estancia en un hospital. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para atención médica mental para pacientes ingresados. Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.</p>	<p>\$500.00 de copago por cada estancia de servicios de salud mental para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

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

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

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordena su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de orientación individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición según Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, su tratamiento o su diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si necesita tratamiento el próximo año calendario.</p> <p>La terapia médica de nutrición está limitada a tres (3) horas en el primer año calendario. Tres horas equivalen a doce (12) sesiones individuales.</p> <p>Los demás años se limitan a dos (2) horas por año calendario. Dos horas equivalen a ocho (8) sesiones individuales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP se cubrirán para beneficiarios elegibles de Medicare según todos los planes médicos de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que ofrece capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los retos de mantener la pérdida de peso y el estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p>	<p>20% de coseguro por medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare, incluyendo inyecciones para la alergia.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que el paciente generalmente no se autoadministra y que se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital o de centro de cirugía ambulatoria. • Insulina proporcionada mediante un equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria). • Otros medicamentos que le administren usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que el plan haya autorizado. • El medicamento para Alzheimer, Leqembi[®], (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite otras exploraciones y pruebas antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre las exploraciones y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia. • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos por trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para osteoporosis si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. 	<p>20% de coseguro por quimioterapia y medicamentos de radiación cubiertos de la Parte B.</p> <p>20% de coseguro (hasta \$35.00) para la insulina cubierta de la Parte B.</p> <p>20% de coseguro por las marcas de CGM preferidas en una farmacia de la red (local).</p> <p>Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada.</p> <p>Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B.</p> <p>La cantidad que paga por los medicamentos reembolsables de la Parte B se reducirá si el precio del medicamento ha aumentado a un ritmo superior a la tasa de inflación. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B, y la cantidad que usted paga por ellos, puede cambiar cada trimestre (enero, abril, julio, octubre); sin embargo, nunca pagará más de lo que cuestan sus medicamentos de la Parte B.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)	
<ul style="list-style-type: none">• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que está en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, puede ser que los cubra la Parte B. Si no los cubre la Parte B, la Parte D sí los cubre.• Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted use como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas después de la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.• Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y los cubre el beneficio de la Parte B para la ESRD• Medicamentos calcimiméticos según el sistema de pago ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv[®] y el medicamento oral Sensipar[®]• Ciertos medicamentos para diálisis en casa, incluyendo heparin, el antídoto para heparin cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos• Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la erythropoietin inyectable si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras ciertas condiciones (como Epogen[®], Procrit[®], Retacrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®], Darbepoetin Alfa, Mircera[®], o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>También cubrimos algunas vacunas según el beneficio de medicamentos con receta de la Parte B.</p> <p>Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada.</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) están limitados a nuestros fabricantes preferidos, DexCom y Freestyle Libre. Es posible que únicamente cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para sus necesidades médicas.</p>	
<p> Pruebas y terapia de obesidad para promover la pérdida de peso prolongada</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información. La orientación y terapia conductual sobre obesidad está limitada a veinte (20) sesiones por año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para evaluación de obesidad y la terapia preventiva.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento por opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Orientación para trastornos por consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas <p>Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.</p>	<p>\$30.00 de copago por cada visita del programa de tratamiento a base de opioides cubierto por Medicare.</p> <p>\$500.00 de copago por cada estancia en el hospital como paciente hospitalizado cubierto por Medicare</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopos) incluyendo el material y los suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. Medicare cubre sangre entera y concentrados de glóbulos rojos a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Su plan cubre las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario, y usted u otra persona puede donar la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se usa. 	<p>\$0.00 de copago por cada radiografía cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada servicio de radiología terapéutica cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada procedimiento o prueba diagnóstica cubiertos por Medicare.</p> <p>\$150.00 de copago por cada servicio complejo de imágenes de diagnóstico cubierto por Medicare (p. ej., CT, MRI y PET).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos de pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias, como CT, MRI y PT. 	<p>20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por servicios de hematología cubiertos por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa para los servicios complejos de imágenes de diagnóstico (CT, MRI, PET, etc.).</p>
<p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</p> <p>Los servicios de observación son servicios en el hospital para pacientes externos proporcionados para determinar si es necesario ingresarlo como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta.</p> <p>Para que cubramos los servicios de observación en el hospital para pacientes ambulatorios deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por leyes estatales o estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o para ordenar exámenes para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p>	<p>\$200.00 de copago por cada visita de observación en el hospital de pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? <i>Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, se podría considerar que es un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p>	<p>\$200.00 de copago por cada cirugía ambulatoria en un hospital cubierta por Medicare.</p> <p>\$200.00 de copago por cada visita de observación en el hospital de pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por cada radiografía cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada servicio de radiología terapéutica cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada procedimiento o prueba diagnóstica cubiertos por Medicare.</p> <p>\$150.00 de copago por cada servicio complejo de imágenes de diagnóstico cubierto por Medicare (p. ej., CT, MRI y PET).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$50.00 de copago al día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios de hospital ambulatorios. Llame al Servicio al cliente para obtener una lista completa de servicios para los que se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero especialista clínico, un consejero profesional autorizado (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), un enfermero de práctica avanzada (NP), un asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p> <p>Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.</p>	<p>\$0.00 de copago por cada sesión de terapia individual o en grupo cubierta por Medicare con un proveedor que no sea médico.</p> <p>\$0.00 de copago por cada sesión de telesalud de salud mental individual o en grupo cubierta por Medicare con un proveedor que no sea médico.</p> <p>\$30.00 de copago por cada sesión individual o grupal de terapia cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$30.00 de copago por cada sesión individual o grupal de telesalud con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se dan en diversos entornos de paciente ambulatorio, como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Clínicas de rehabilitación exhaustiva de paciente ambulatorio (CORF).</p>	<p>\$30.00 de copago por cada visita de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Servicios no residenciales prestados para tratar la adicción a las drogas o al alcohol sin uso de farmacoterapias. Los servicios pueden incluir servicios intensivos ambulatorios (atención todo el día durante varios días) y orientación tradicional (una o algunas horas al día, en general una vez a la semana o una vez cada dos semanas).</p> <p>Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.</p>	<p>\$30.00 de copago por cada sesión individual o en grupo por abuso de sustancias de Medicare.</p> <p>\$30.00 de copago por cada sesión de telesalud individual o en grupo por abuso de sustancias con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía de paciente ambulatorio, incluyendo los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria Nota: Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente hospitalizado, será considerado como paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente <i>ambulatorio</i>.</p>	<p>\$125.00 de copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>\$200.00 de copago por cada visita de cirugía en el hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se proporciona en el departamento ambulatorio de un hospital, en un centro comunitario de salud mental, en un centro médico autorizado a nivel federal o en una clínica médica rural y que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>\$50.00 de copago al día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p>Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica que sean médicamente necesarios dados en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio hechos por su PCP, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que reciben diálisis en casa en un centro de diálisis renal en un hospital o centro de diálisis renal en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en la casa del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente de dónde esté 	<p>\$0.00 de copago por cada visita en el consultorio del médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por cada consulta de telesalud con un médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$30.00 de copago por cada visita cubierta por Medicare en el consultorio con un especialista.</p> <p>\$30.00 de copago por cada consulta de telesalud con un especialista cubierta por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de telesalud para los miembros con un trastorno de consumo de sustancias o trastornos de salud mental simultáneos, independientemente de dónde esté • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene una visita en persona en el plazo de 6 meses antes de su primera visita de telesalud ○ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras esté recibiendo esos servicios de telesalud ○ Puede haber excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas médicas rurales y centros médicos calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico por 5 a 10 minutos, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La consulta breve no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días y ○ La consulta breve no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas ni en la fecha más próxima disponible para cita <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico en el plazo de 24 horas, si: ○ No es paciente nuevo y ○ La evaluación no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la operación 	<p>\$25.00 de copago por cada consulta de telesalud necesaria de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por cada sesión individual o grupal de telesalud de salud mental cubierta por Medicare, que no sea con un médico.</p> <p>\$30.00 de copago por cada sesión individual o grupal de telesalud con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>\$30.00 de copago por cada sesión individual o grupal de telesalud por abuso de sustancias cubierta por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por cada consulta virtual mediante Memorial Hermann. Horario limitado en todo Texas.</p> <p>\$0.00 de copago por cada consulta virtual con un médico por medio de Teladoc. El acceso está disponible 24/7 en todo el país.</p>



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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la operación de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico) • Consultas virtuales disponibles mediante Memorial Hermann. Horario limitado en todo Texas. • https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/ • Se pueden hacer consultas telefónicas con el médico 24/7 en todo el país por medio de Teladoc. Puede registrarse o iniciar sesión en Teladoc en https://www.teladoc.com/. 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Atención de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	\$30.00 de copago por cada visita cubierta por Medicare.
<p> Pruebas de diagnóstico del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de más de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros, pruebas, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos y la reparación o el reemplazo de estos dispositivos. También incluye algo de cobertura después de la extracción u operación de cataratas; Vea Atención de la vista más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>20% de coseguro por suministros relacionados con dispositivos protésicos u ortopédicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa para artículos de más de \$500.00.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico de atención directa de su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>\$20.00 de copago por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
<p> Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol.</p> <p>Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de orientación en persona al año (si usted es competente y está alerta durante la orientación) a cargo de un profesional o médico de atención primaria en un entorno de atención médica básica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare y orientación para reducir el beneficio preventivo abuso de alcohol.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) En el caso de las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas que tienen entre 50-77 años sin señales ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen historia de consumo de tabaco por al menos 20 años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden de una LDCT durante una visita de orientación sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla los criterios de Medicare respecto de dichas visitas y la haya dado un médico o un proveedor de atención calificado que no sea médico.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen inicial con LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden para un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede dar durante una visita adecuada con un médico o un proveedor de atención calificado que no sea médico. Si un médico o un proveedor no médico calificado deciden dar una visita de orientación sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita para toma de decisiones compartida y orientación, ni para el LDCT cubiertos por Medicare.</p>
<p> Pruebas médicas para infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenir las STI Cubrimos pruebas de detección de las enfermedades de transmisión sexual (STI) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la Hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de STI cuando las pruebas las ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de orientación conductual de alta intensidad, en persona, con duración de 20 a 30 minutos, cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si las da un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba médica cubierta por Medicare para las STI y orientación para el beneficio preventivo de STI.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica etapa IV cuando los remite su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o esté inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en casa) • Equipo y suministros para diálisis en casa • Ciertos servicios de apoyo en casa (como visitas de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en casa, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua cuando sea necesario) <p>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, vaya a la sección, Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p>	<p>20% de coseguro por tratamiento de diálisis renal ambulatoria cubierto por Medicare. Incluye tratamiento de diálisis en casa y en el centro.</p> <p>\$0.00 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en centro de enfermería especializada, vea el Capítulo 10 de este documento. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comida, incluyendo dietas especiales 	<p>Por cada estancia en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-20: \$0.00 de copago al día.


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. Medicare cubre sangre entera y concentrados de glóbulos rojos a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Su plan cubre las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario, y usted u otra persona puede donar la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se usa. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente dan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente dan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente dan los SNF • Servicios de un médico/proveedor de atención médica <p>Generalmente, recibirá la atención de SNF de clínicas de red. Sin embargo, en ciertas condiciones mencionadas abajo, es posible que usted pague el costo compartido dentro de la red por la atención de un centro que no sea proveedor de la red si este acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de atención residencial o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención de centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Días 21-100: \$125.00 de copago al día. <p>Se exige autorización previa.</p>



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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Eliminación del uso del tabaco (orientación para dejar de fumar y usar tabaco) <u>Si utiliza tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con orientación en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales. <u>Si consume tabaco y lo diagnosticaron con una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que el tabaco podría afectar:</u> Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos orientación para dos intentos para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. Están cubiertas hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Hacerse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico. • Hacerlo personal auxiliar calificado, necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños, y capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • Estar supervisado directamente por un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>SET puede estar cubierto después de las 36 sesiones en 12 semanas por 36 sesiones más en un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>\$30.00 de copago por cada sesión de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios necesarios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que necesite atención médica inmediata, que no sea una emergencia, es un servicio necesario de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si está en el área de servicio del plan y no es razonable debido al tiempo, el lugar y las circunstancias para obtener este servicio de proveedores dentro de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios necesarios de urgencia y cobrarle solo los costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios necesarios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con su proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias de urgencia aunque usted esté fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.</p> <p>La cobertura es mundial y no se limita a los Estados Unidos o a sus territorios.</p> <p>Nota: Los cargos que superen el beneficio máximo mundial de \$50,000 USD no se contarán para su máximo anual de gastos de bolsillo. Los proveedores pueden facturarle el saldo si el costo total de atención en otros lugares del mundo supera los \$50,000 USD durante el año del plan.*</p>	<p>\$25.00 de copago por cada visita en una clínica de atención de urgencia o sin cita previa cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 de copago por cada consulta de telesalud por servicios necesarios de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>\$25.00 USD de copago por servicios de atención de urgencia en todo el mundo.*</p>
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios prestados por un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto 	<p>\$30.00 de copago por exámenes de la vista cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por examen médico de glaucoma cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por cada año. Las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma incluyen: las personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años e hispanos mayores de 65 años • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación). <p>Además, su plan Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de rutina de la vista • Anteojos y lentes: lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas); mejoras <p>NOTA: \$1,000.00 es el beneficio máximo anual combinado para la vista y la audición. Puede consultar los servicios de audición en la página 57.*</p>	<p>\$0.00 de copago para exámenes de rutina de la vista.</p> <p>\$1,000.00 de beneficio máximo anual para anteojos (por ejemplo, lentes de anteojos, monturas, lentes de contacto).*</p>
<p> Visita preventiva de bienvenida a Medicare</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenida a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, y educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes médicos y vacunas) y remisiones para otra atención si se necesita.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> solamente en los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, avise en el consultorio de su médico que quiere hacer una cita para su visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**SECCIÓN 3 ¿Cuáles servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos (exclusiones)**

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

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

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos excepto en las condiciones específicas de la lista de abajo. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apeló el servicio y se decidió: después de la apelación que era un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3, en este documento).

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor crónico de espalda baja en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo. • Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción del seno después de la mastectomía y también del seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
Cuidado de compañía El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudar con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.	No están cubiertos en ningún caso	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos.</p> <p>Los elementos y procedimientos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.	No están cubiertos en ningún caso	
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa.	No están cubiertos en ningún caso	
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica en casa, incluyendo limpieza básica de casa y la preparación de comida ligera.	No están cubiertos en ningún caso	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternos).	No están cubiertos en ningún caso	
Atención dental que no es de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> La atención dental que no es de rutina que se necesita para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente hospitalizado o ambulatorio.
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies.		<ul style="list-style-type: none"> Los zapatos que son parte de una prótesis de pierna y que se incluyen en el costo de la prótesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No están cubiertos en ningún caso	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	No están cubiertos en ningún caso	
Atención quiropráctica de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> • Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratometría radial, cirugía LASIK, y otras ayudas para la vista deficiente.		<ul style="list-style-type: none"> • Están cubiertos el examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de la operación de cataratas.
Atención de rutina de los pies.		<ul style="list-style-type: none"> • Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con las directrices de Medicare, (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Los servicios considerados no son razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original.	No están cubiertos en ningún caso	

CAPÍTULO 5:

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, puede ocurrir que pagó más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan o que recibe una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (devolverle el pago con frecuencia se llama *reembolsarlo*). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva dinero cuando haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para obtener el pago. La Sección 2 de este capítulo.

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

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

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

Fuera del área de servicio, puede recibir los servicios de emergencia o los necesarios de urgencia de cualquier proveedor, forme parte de nuestra red o no.

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

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

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que, si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este documento hay información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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

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

No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente. Proporcione la siguiente información que necesitamos para tomar una decisión: Nombre del miembro, ID, dirección, fechas de servicio, nombre del proveedor de servicios, descripción de los servicios, cantidad que se cobró, cantidad que se pagó, copia de la factura y recibo de pago (recibo del médico, recibo de la tarjeta de crédito o cheque cobrado). Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/advantage-hmo-plans/plan-documents-materials>) o llamar a Servicio al Cliente y pedir el formulario.

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

Memorial Hermann Health Plan
ATTN: Medical Claims Department – Member Reimbursement
P.O. Box 19909
Houston, TX 77224-1909

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos pagar

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

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

Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si cree que cometimos un error denegando su solicitud de pago o la cantidad que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener información de cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

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

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para ir a un especialista en salud de la mujer o para encontrar a un especialista dentro de la red, llame al (855) 634-8448 para presentar una queja formal a Apelaciones y Quejas Formales (Appeals and Grievances) de Memorial Hermann Advantage HMO. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o a TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

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

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

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios cubiertos
--------------------	---

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

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención.

Si cree que no está recibiendo su atención médica en un período razonable, en el Capítulo 7 se explica lo que puede hacer.

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal
--------------------	---

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Excepto en las circunstancias indicadas abajo, si pretendemos dar su información médica a alguien que no le está dando atención ni pagando su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya dado el poder legal para tomar primero decisiones por usted*.
- Hay ciertas excepciones que no necesitan que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Estamos obligados a revelar la información médica a las agencias del gobierno que revisan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan por medio de Medicare, tenemos la obligación de dar su información médica a Medicare. Si Medicare revela su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; generalmente esto exige que no se comparta la información que lo identifica particularmente.

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

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda el plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por reproducir copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

o corrijamos su expediente médico. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

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

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

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

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

Como miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, tiene derecho a que le demos varios tipos de información.

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores dentro de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 tienen información relacionada con los servicios médicos.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el capítulo 7 se da información sobre cómo solicitar una explicación por escrito del por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 7 también hay información de cómo pedirnos cambiar una decisión, también llamado una apelación.

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

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

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

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

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

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

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

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que dan información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para pedir los formularios.
- **Llénelo y firmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Deberá considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede ser que también quiera entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

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

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

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

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

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

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

Si tiene algún problema, preocupación o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 7 de este documento está lo que puede hacer. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo con justicia.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?
--------------------	---

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

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

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

¿Se trata de algo más?

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

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

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

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

SECCIÓN 2 **Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades**

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

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener esos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 tienen información sobre sus servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico además de nuestro plan, o una cobertura para medicamentos con receta por separado, tiene la obligación de decírnoslo.** En el Capítulo 1 obtiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando reciba su atención médica.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y completando su atención.**
 - Para obtener la mejor atención, hable con sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas, y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y obtenga una respuesta que usted entienda.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las cosas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas funcionen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
 - Deberá continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, deberá pagar su parte del costo cuando reciba el servicio.
- **Si se muda *dentro del área de servicio del plan*, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si usted se muda *fuera del área de servicios de nuestro plan*, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.

Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso de poner quejas**; también llamado quejas formales.

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

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

Sección 1.2 Acerca de los términos legales
--

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

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo normalmente dice presentar una queja en lugar de presentar una querrela, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización y Organización de Revisión Independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

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

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

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

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

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

Medicare

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

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

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

Incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

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

No.

Pase a la **Sección 9** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones.**

DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y de apelaciones tratan con los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta, incluyendo pagos). Para mantener simples las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para cuestiones como si está cubierto o no y la manera como algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está en la red, esa remisión se considera decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda mostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* deja claro que el servicio de la remisión no se cubre nunca bajo ninguna condición. Usted o su médico también se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a proporcionarle atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos determinada atención médica antes de que la reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura específicamente. En circunstancias limitadas se descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Estamos tomando una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un servicio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que

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

revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que mencionaremos después, puede solicitar una apelación expedita o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan diferentes revisores a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para revisar si seguimos las normas apropiadamente. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas se desestimaré una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que quiere decir que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimaré una solicitud incluyen 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 elimine la solicitud. Si descartamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Si decimos no a toda o a una parte de su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente a apelación de Nivel 2 que hace una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- Usted no tiene que hacer nada para comenzar una apelación del Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que le enviemos automáticamente la apelación de atención médica para el Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vea la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar por medio de los niveles adicionales de apelación (en la Sección 8 de este Capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	--

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

- Puede **llamar al** Servicio al cliente.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su SHIP.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación después del Nivel 2, tendrá que nombrarlo como su representante. Llame al Servicio al cliente y pida el formulario de *Appointment of Representative* (Nombramiento de representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMSForms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro

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

sitio web en <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center/plan-documents-materials>).

- Para atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 por usted. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, automáticamente se trasladará al Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que lo represente.** Si quiere, puede nombrar a otra persona para que actúe como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al Servicio al Cliente y pida el formulario *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 <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center/plan-documents-materials>.) El formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se descartará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le dan servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo tiene información de <u>su</u> situación?
--------------------	--

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

La **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

La **Sección 6** de este capítulo: Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si cree que el médico le está dando el alta muy pronto

La **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura terminará muy pronto; (*se aplica únicamente a estos servicios:*

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

atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF])

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

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

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

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

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

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

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es por atención en el hospital, atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted deberá leer las Secciones 6 y 7 de este Capítulo. En estos tipos de atención se aplican reglas especiales.

Capítulo 7 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura****Términos legales**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un material o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Vea la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para decisiones de cobertura rápida, usamos un plazo expedito

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

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una *queja rápida*. Vea la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito.

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

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

Capítulo 7 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales**

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

Una *apelación rápida* también se llama una **reconsideración expedita**.

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

Una apelación estándar generalmente se toma en el plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida normalmente se hace en el plazo de 72 horas.

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

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

Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito. También puede pedir la apelación llamándonos. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Si está solicitando una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha que está en el aviso por escrito que enviamos para darle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo del atraso cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación. Tenemos permitido cobrarle por la copia y el envío de esta información.

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

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

Cuando nuestro plan está revisando su apelación, vemos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.

Reuniremos más información si fuera necesario posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un material o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos emplear más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o cuando termine el período de tiempo extendido si tomamos más días), debemos enviarle automáticamente la solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, que revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es que sí a una parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o dar la cobertura que hemos acordado dar en las 72 horas posteriores a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no haya recibido todavía, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su condición médica nos lo exige.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una *queja rápida*. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos en las

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

siguientes 24 horas. Vea la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

- Si no le damos una respuesta a más tardar en la fecha límite (o cuando termine el período de tiempo extendido), le enviaremos su solicitud para la apelación de Nivel 2, donde una organización independiente externa revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó, debemos autorizar o dar la cobertura **en el plazo de 30 días calendario** si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan deniega una parte o toda la apelación, enviamos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la *organización de revisión independiente* es **entidad de revisión independiente**. A veces se la llama IRE.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su expediente del caso. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**

Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si en el Nivel 1 tuvo una apelación rápida, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

Para la *apelación rápida*, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.

Sin embargo, si su solicitud es para un material o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede emplear más tiempo para tomar una decisión.

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

Si en el Nivel 1 tuvo una apelación estándar, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

Para la *apelación estándar*, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir la apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que reciban su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un material o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede emplear más tiempo para tomar una decisión.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

La organización de revisión independiente lo informará de su decisión por escrito y explicará las razones de la decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es sí a una parte o toda la solicitud por un material o servicio médico, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de 72 horas o prestarle el servicio en el plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para solicitudes expeditas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Si la organización de revisión dice sí a una parte o a toda la solicitud por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o dar el medicamento con receta de la Parte B en el plazo de **72 horas** a partir de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes expeditas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Si esta organización dice que no a una parte o a toda su apelación, quiere decir que están de acuerdo con nosotros con que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama *confirmar la decisión* o *rechazar su apelación*). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicar la decisión.
- Notificarle del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple cierto mínimo. El aviso por escrito que usted recibe de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelaciones.
- Diciéndole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere continuar con su apelación.

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

Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 8 en este capítulo se explican los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?

En el Capítulo 5 se describen las situaciones en las que es posible que deba solicitar el reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. Además, se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía los documentos pidiendo el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si siguió todas las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si respondemos sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* ha seguido todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede poner una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en el plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita el reembolso de la atención médica que usted ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en el término de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si cree se le está dando el alta demasiado pronto

Cuando se le admite a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

- El día en que sale del hospital se **llama su fecha de alta**.
- Cuando se decida la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo dirán.
- Si cree que se le está pidiendo que salga del hospital muy pronto, puede solicitar una estancia en el hospital más larga y evaluaremos su solicitud.

Sección 6.1 Durante su estancia en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos

En el plazo de dos días calendario después de ingresar en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio al cliente o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si no lo entiende. Le dará información sobre:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital.
- Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha del alta de manera que cubramos la atención en el hospital por más tiempo.

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

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
 - Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
 - Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha del alta. Firmar el **aviso no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Guarde su copia** del aviso para que tenga disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.
 - Si usted firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de que se le programe su alta.
 - Para ver una copia de este aviso con antelación, puede llamar al Servicio al cliente o a 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si quiere solicitar que cubramos sus servicios en el hospital de paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al cliente. O llame al SHIP, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos u otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad en su estado y solicite una revisión de inmediato de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche del día en que le den el alta.**
 - **Si cumple esta fecha límite**, puede quedarse en el hospital *después* de su fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de su apelación de la organización para el mejoramiento de la calidad.
- **Si no cumple esta fecha límite**, comuníquese con nosotros. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha en que se planificó su alta, *es posible que tenga pagar todos los costos* de la atención en el hospital que reciba después de la fecha planificada del alta.

Una vez solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con usted. A más tardar a mediodía del día después de que se comunique con nosotros le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le da su fecha planificada del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando al Servicio al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/MedicareGeneralInformation/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de atención médica en la Organización para la mejora de la calidad (QIO) (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos avisaron de su apelación, usted recibirá de nosotros un aviso por escrito con su fecha del alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

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

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir dándole servicios de hospital de paciente hospitalizado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios en el hospital cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que *no*, están diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura por servicios en el hospital para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** de la atención en el hospital que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la organización para la mejora de la calidad *denegó* su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darle el alta, entonces puede poner otra apelación. Presentar otra apelación quiere decir que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo poner una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estancia después de su fecha planificada para el alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1.

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

Usted podrá pedir esta revisión solamente si se queda en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le darán su decisión.

Si la respuesta de la organización es sí:

Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir dando cobertura para la atención en el hospital como paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario.**

Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización es no:

Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su apelación de Nivel 1. Esto se llama *confirmar la decisión*.

El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si quiere continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 8 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 7 **Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto**

Sección 7.1 *Esta sección trata únicamente tres servicios:*
atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Si está recibiendo servicios de **atención médica en casa, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando acabe su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de la atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección dice cómo presentar una apelación.

Sección 7.2 **Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**

Términos legales

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le dice cómo puede pedir **una apelación rápida**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejaremos de cubrir su atención.

1. **Usted recibió un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan dejará de cubrir su atención. Este aviso le dice:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar *una apelación por vía rápida* para pedirnos que continuemos cubriendo su atención por un período de tiempo más largo.
2. **A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

Capítulo 7 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo**

Si quiere solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

Siga el proceso.

Cumpla las fechas límite.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al cliente. O llame al SHIP, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha final de su atención es médicamente apropiada.

La **organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad en su estado y solicite una apelación rápida. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de inicio** que está en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se le pasa la fecha límite y todavía quiere presentar una apelación, sigue teniendo derechos de apelación. Comuníquese con su organización para la mejora de la calidad.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

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

Términos legales

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que tiene detalles de los motivos para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

Los profesionales de atención médica en la organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.

La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.

Al final del día en que los revisores nos avisen de su apelación, usted recibirá de nosotros la **Explicación detallada de no cobertura** con información detallada de nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le darán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen sí?

Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos por todo el tiempo que sea médicamente necesario.**

Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen no?

Si los revisores dicen que *no*, su **cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos.**

Si decide continuar recibiendo atención médica en casa, o atención de centro de enfermería especializada, o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termine su cobertura, entonces, **usted tendrá que pagar el costo completo** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si quiere presentar otra apelación.

Si los revisores dicen que *no* a su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que termine su cobertura de la atención, entonces puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 7.4

Paso a paso: Cómo poner una apelación de Nivel 2 para hacer que su plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la organización para el

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

mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar todos los costos de su atención médica en casa o en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le digamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

Debe pedir esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después del día en que la organización para la mejora de la calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le dirán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es sí?

Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir dando cobertura** para la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Usted debe continuar pagando su parte de los costos y existe la posibilidad de que apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es negativa?

Eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión tomada respecto a su apelación de Nivel 1.

El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará la información para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es “no”, usted deberá decidir si quiere proseguir con su apelación.

Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 8 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores

Sección 8.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y se denegaron ambas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse a presentar una apelación del Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la hacen estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es sí, el proceso de apelaciones *podría haber terminado o no*.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación del Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o darle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o el adjudicador legal.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con la documentación necesaria. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o dar la atención médica en cuestión.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría haber terminado o no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

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

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede haber terminado o no.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle atención médica en un plazo de 60 días calendario siguientes a recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si la respuesta es no, o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* haber terminado o *no*.
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba lo informará de si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud *procede* o *no*. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

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

Sección 9.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No respetó alguien su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está conforme con nuestro Servicio al cliente? • ¿Considera que le está exhortando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos o a otros profesionales de atención médica? ¿O nuestro Servicio al cliente u otros miembros del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso necesario? • ¿Es nuestra información por escrito difícil de entender?
Prontitud (Estos tipos de quejas están relacionados con nuestra <i>prontitud</i> en cuanto a nuestras decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos que se aprobaron; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite necesarias para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Capítulo 7 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 9.2 Cómo hacer una apelación de queja****Términos legales**

- Una **Queja** también se llama una **queja** formal.
- **Presentar una queja** también se conoce como **presentar una queja** formal.
- **Usar el proceso para quejas** es otra manera de decir **usar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se llama una **queja formal acelerada**.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja**Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Habitualmente, el primer paso es llamar al Servicio al cliente.** Si hay algo más que tenga que hacer, en Servicio al cliente se lo dirán.
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si envía su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- **Quejas formales estándar (quejas)**

Una queja formal estándar normalmente se resuelve en un plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha en que recibamos su solicitud, a menos que su condición o salud requieran una respuesta más rápida. Si se necesita más información o usted pide una extensión, podemos extender el plazo hasta catorce (14) días calendario. Le enviaremos una carta para informarlo de la recepción de su queja. Investigaremos su queja formal y podríamos comunicarnos con usted para pedir más información. Nuestra conclusión se le comunicará por correo o verbalmente.

- **Quejas formales aceleradas (quejas)**

Una queja formal acelerada se responde en un plazo de veinticuatro (24) horas desde el momento en que recibamos su solicitud. Puede presentar una queja formal acelerada en forma oral o por escrito si no está de acuerdo con nuestra decisión de no tomar una determinación de cobertura/organización acelerada o de no hacer una revisión de redeterminación/reconsideración acelerada. También puede presentar una queja formal acelerada si no está de acuerdo con la decisión del Plan de pedir una extensión de catorce (14) días calendario para tomar una decisión sobre una reconsideración o una determinación de cobertura de la organización. Puede presentar una queja formal acelerada comunicándose con el Servicio al cliente al (855) 645-8448.

- La **fecha límite** para presentar una queja es **60 días calendario** a partir del momento en que tuvo el problema del que quiere quejarse.

Capítulo 7 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.**

- **Es posible que le respondamos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada.
- **Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o si usted solicita más tiempo, **podemos tomar hasta 14 días calendarios más** (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente se resolverá como queja rápida.** Si usted tiene una *queja rápida*, significa que le daremos **una respuesta en el plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o toda su queja, o no asumimos la responsabilidad por el problema sobre el que se está quejando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 9.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad
--------------------	---

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente a la organización para la mejora de la calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 hay información de contacto.
O
- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad y también presentárnosla a nosotros.**

Sección 9.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja
--------------------	---

Puede presentar una queja sobre Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

*Cómo cancelar su membresía
en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO puede ser **voluntaria** (es su decisión) o **involuntaria** (no es su decisión):

- Puede que se vaya de nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse. En las Secciones 2 y 3 hay información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si se va de nuestro plan, usted seguirá recibiendo atención médica de nuestro plan y continuará pagando su parte del costo hasta que se cancele su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período anual de inscripción
--------------------	--

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el *Período anual de inscripción abierta*). Durante ese tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El Período anual de inscripción** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
 - – o – Medicare Original *sin* un plan de Medicare para medicamentos con receta aparte.
- **Su membresía terminará cuando la cobertura en nuestro nuevo plan comience el 1 de enero.**

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene oportunidad de hacerle *un solo* cambio a su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriban en un plan MA, desde el mes en que tengan derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes del derecho.
- **Durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama un **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, puede llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se haya mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si infringimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un centro de atención residencial o un hospital de atención de largo plazo (LTC).

Capítulo 8 Cómo cancelar su membresía en el plan

- Si se inscribe en el Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Los períodos de tiempo de inscripción varían dependiendo de su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta. Usted puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- – o – Medicare Original *sin* un plan de Medicare para medicamentos con receta aparte.

Su membresía terminará generalmente el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre terminar su membresía, puede:

- Llame al Servicio al cliente.
- Puede obtener información en el manual *Medicare y usted 2025*.
- Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

El siguiente cuadro explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan médico de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. • Su inscripción en Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 8 Cómo cancelar su membresía en el plan

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO se cancelará cuando comience la cobertura de Medicare original.

Nota: Si también tiene una cobertura válida de medicamentos con receta (p. ej., un PDP independiente) y cancela dicha cobertura, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más tarde en un plan de medicamentos de Medicare después de estar sin cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos por medio de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y empiece su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir recibiendo sus artículos médicos y servicios de atención por medio de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores dentro de la red para recibir la atención médica.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital la cubrirá nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si es después de que se inicie su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO debe cancelar su membresía del plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO **debe cancelar su membresía del plan si sucede algo de lo siguiente:**

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses. Si se muda o hace un viaje largo, llame al Servicio al cliente para averiguar si el lugar al que se muda o al que viajará está en el área de nuestro plan.
- Si se le encarcela (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni está legalmente en los Estados Unidos.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una manera que sea perjudicial y eso hace que nos sea difícil darle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si usted permite que alguien use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por ese motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Servicio al cliente.

Sección 5.2 Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con salud
--

Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO no tiene permitido pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con la salud.

Capítulo 8 Cómo cancelar su membresía en el plan

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted siente que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas del día, 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. Además, debemos explicarle como puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones creadas según la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nosotros no discriminamos por raza, origen étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado médico, experiencia de reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que tienen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964 (Civil Rights Act of 1964), la Ley de rehabilitación de 1973 (Rehabilitation Act of 1973), la Ley de discriminación por edad de 1975 (Age Discrimination Act of 1975), la Ley de americanos con discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que correspondan por cualquier otro motivo.

Si quiere obtener más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a la atención, llámenos al Servicio al cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, en el Servicio al cliente podrán ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los que Medicare no es el principal pagador. Según las reglamentaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo las reglamentaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Derechos de subrogación y de responsabilidad a terceros

Subrogación/Responsabilidad a terceros

Si le hacemos un pago a usted o hacemos un pago en su nombre por servicios cubiertos, tenemos derecho a la subrogación total de todos los derechos que usted tenga contra cualquier persona, entidad o aseguradora que puedan ser responsables de pagar los gastos médicos o beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o condición. Tenemos derecho a ejercer los mismos derechos de subrogación y recuperación que se otorgan al Programa Medicare según las normas de Pagadores secundarios de Medicare. Cuando hayamos pagado por servicios cubiertos, tendremos derechos de retención sobre los ingresos de la sentencia, el acuerdo u otro laudo o sentencia favorable que usted reciba, incluyendo, entre otros, lo siguiente:

1. Cualquier laudo, acuerdo, beneficio u otras cantidades pagadas según la ley o una adjudicación de compensación de trabajadores;
2. Todo pago que haga directamente una entidad externa o que se haga en su nombre.
3. Laudos arbitrales, pagos, acuerdos, acuerdos estructurados u otros beneficios o cantidades que se paguen según una póliza de cobertura de conductor sin seguro o con seguro insuficiente.
4. Cualquier otro pago designado, destinado o que se le pretenda pagar a usted como compensación o restitución por lesiones, enfermedad o condiciones que haya sufrido como resultado de descuido o responsabilidad de un tercero.

Usted acepta cooperar con nosotros y cualquiera de nuestros representantes y tomar cualquier medida o seguir cualquier paso necesarios para garantizar nuestro derecho de retención, incluyendo, entre otros, lo siguiente:

1. Responder a solicitudes de información sobre accidentes o lesiones.
2. Responder a nuestras solicitudes de información y dar la información pertinente que hayamos solicitado.
3. Participar en todas las fases de cualquier acción legal que iniciemos para proteger nuestros derechos, incluyendo, entre otros, participar en la presentación de pruebas, asistir a las declaraciones y comparecer y testificar en un juicio.

Además, usted acepta no hacer nada que perjudique nuestros derechos, incluyendo, entre otros, ceder derechos o causas de acción que pueda tener contra una persona o entidad en relación con su lesión, enfermedad o condición sin nuestro consentimiento previo expreso por escrito. Si no cumple los requisitos establecidos arriba, se considerará un incumplimiento de sus obligaciones y podremos iniciar acciones legales en su contra para proteger nuestros derechos.

Reembolso

Tendremos derecho a recibir el pago de esos gastos que hayamos pagado que sean responsabilidad de una persona, organización o aseguradora. Nuestro derecho de reembolso es separado y aparte de nuestro derecho de subrogación, y se limita solo a la cantidad de los

Capítulo 9 Avisos legales

beneficios que se hayan pagado según nuestro plan. Cuando se resuelva el reclamo o se le pague cualquier cantidad a usted, a su representante legal o a su tutor, o a su patrimonio, la persona que reciba los fondos deberá pagarnos de inmediato las cantidades que usted recupere por sentencia, acuerdo, adjudicación, resarcimiento o de otro modo de cualquier tercero responsable o de su aseguradora, si nosotros pagamos o proporcionamos beneficios por su lesión, enfermedad o condición durante su inscripción en nuestro plan.

CAPÍTULO 10:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o el pago de servicios que usted ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para inscribirse en un plan médico particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que se pueden usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de atención médica en casa: una persona que presta servicios que no necesitan las capacidades de un enfermero ni terapeuta autorizado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados).

Atención de emergencia: los servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para dar servicios de emergencias, y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y de rehabilitación prestados sobre una base continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas un enfermero o un médico.

Autorización previa: aprobación que se necesita antes de recibir servicios. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Ayuda adicional: un programa de Medicare o de un estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Cancelar inscripción o cancelación de inscripción: el proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no necesitan hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sea superior a 24 horas.

Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno de la casa.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y otros suministros que no están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Cobertura válida de medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una penalización si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Copago: una cantidad que podría tener que pagar como su parte del costo por un servicio médico o suministro, como una visita en el consultorio médico, una visita ambulatoria en el hospital o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10) y no un porcentaje.

Coseguro: una cantidad que podría tener que pagar, expresada como porcentaje (por ejemplo, el 20%) como su parte del costo por servicios.

Costos compartidos: costos compartidos se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan impone antes de que se cubran los servicios; (2) cualquier cantidad de *copago* fijo que un plan exige cuando se recibe un servicio específico; o (3) cualquier cantidad de *coseguro* (un porcentaje de la cantidad total que se paga por un servicio) que un plan exige cuando se recibe un servicio específico.

Cuidado de compañía: el cuidado de compañía es atención personal que se da en un centro de atención residencial, hospicio u otro entorno cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. Cuidado de compañía, que lo dan personas que no tienen las capacidades ni la formación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas se dan a sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de compañía.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los materiales o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los materiales o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman *decisiones de cobertura* en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte (y si está embarazada, perder el bebé no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que su médico solicita por razones médicas. Ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenados por un proveedor para usar en casa.

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado: una estancia en el hospital cuando ingresa formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente *ambulatorio*.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Facturación de saldo: una situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) le factura a un paciente más de la cantidad de costos compartidos permitida. Como miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, solo debe pagar su cantidad de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nuestro plan no permite que los proveedores *facturen saldos* o le cobren más de la cantidad de costos compartidos que el plan dice que debe pagar.

Gastos de bolsillo: vea arriba la definición de *costos compartidos*. El requisito de costos compartidos de un miembro que tiene que pagar una parte de los servicios recibidos también se denomina requisito de *gastos de bolsillo* del miembro.

Hospicio: un beneficio que ofrece tratamiento especial para un miembro al que certificaron médicamente como enfermo terminal, lo que quiere decir que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, como su plan, debemos darle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando primas, usted aún siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios y los beneficios adicionales que ofrecemos.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Máximo de gastos de bolsillo: la cantidad máxima que usted paga durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y Parte B. Las cantidades que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o asistencia médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del estado varían, pero la mayor parte de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como Medicaid.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Medicamento necesario: los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare Original (Medicare tradicional o Pago por servicio de Medicare): medicare Original lo ofrece el gobierno y no un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, las cantidades de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

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

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción la confirmaron los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Organización para la mejora de la calidad (QIO): es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.

Parte C: vea Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período anual de inscripción: el período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de beneficios: la manera como nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios en el hospital y en centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención en el hospital de paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días seguidos. Si ingresa en el hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener la cobertura por

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

medio de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un centro de atención residencial o si infringimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: período en que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan Medicare Advantage (MA): algunas veces llamado la Parte C de Medicare. Un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un i) HMO, ii) un PPO, iii) un plan de Pago por servicio privado (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorros para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO no ofrece la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare lo ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de demostración/piloto y los Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos) combina servicios de atención médica, social y de largo plazo (LTC) para personas débiles para ayudarlos a vivir de manera independiente y en sus comunidades (en vez de mudarse a un centro de atención residencial) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más centrada en grupos específicos de personas, como los que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un centro de atención residencial o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden compañías aseguradoras privadas para cubrir los **períodos sin cobertura** en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura médica o la cobertura de medicamentos con receta.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos incluyendo, entre otros, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales, y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de los problemas médicos. En muchos planes médicos de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor dentro de la red: proveedor es el término general para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores dentro de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores dentro de la red también se les llama *proveedores del plan*.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni operados por nuestro plan.

Queja formal: un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan o proveedores, incluyendo una queja sobre la calidad de la atención. Esto no involucra las disputas de cobertura ni el pago.

Queja: el nombre formal para *hacer un reclamo es presentar una queja formal*. El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que reciba. También incluye quejas si su plan no cumple los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Servicio al cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

no incluye otros beneficios, como de la vista, dental o de audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo: los servicios de atención de emergencia o de urgencia prestados fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que necesita atención médica inmediata, que no sea una emergencia, es un servicio necesario de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable debido al tiempo, el lugar y las circunstancias para obtener este servicio de proveedores dentro de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios necesarios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con su proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias de urgencia aunque usted esté fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): vea “Ayuda adicional”.

Atención al cliente de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO

Método	Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	<p>(855) 645-8448</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Teladoc: (800) 835-2362, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p> <p>Línea médica de enfermería: (713) 338-7979</p> <p>El Servicio al cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablen inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
ESCRIBA A	<p>Memorial Hermann Advantage HMO P.O. Box 19909 Houston, TX 77224-1909</p>
SITIO WEB	<p>https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/</p>

Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) (SHIP de Texas)

El Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) (SHIP de Texas) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación gratuita sobre seguros médicos locales a personas que tengan Medicare.

Método	Información de Contactos
LLAME AL	(800) 252-9240 o (800) 252-3439
TTY	711 o (800) 735-2989 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin, TX 78714-9104
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de revelación de la PRA De acuerdo con la Ley de reducción de trámites burocráticos de 1995 (*Paperwork Reduction*), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

healthplan.memorialhermann.org/medicare

855.645.8448 (TTY 711)

8 a.m. a 8 p.m., Hora Central, Todos los Días (1 de Oct. – 31 de Mar.)

8 a.m. a 8 p.m., Hora Central, Lunes a Viernes (1 de Abr. – 30 de Sept.)

Copyright © 2024 Memorial Hermann. Se reservan todos los derechos.

**MEMORIAL
HERMANN**
Health Plan
Medicare Advantage Plans