

Evidencia de Cobertura 2026

MEMORIAL
HERMANN[®]
Health Plan
Medicare Advantage Plans

1 de enero – 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

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

Este documento da información de su cobertura médica de Medicare del 1 de enero - 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para entender:

- Nuestra prima y el costo compartido del plan
- Nuestros beneficios médicos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días del 1 de octubre - 31 de marzo, excepto los días festivos principales, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes - viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los días festivos principales. 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 2027.

Nuestra red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de antelación.

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1: Cómo comenzar como miembro.....	5
SECCIÓN 1	Usted es miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan6
SECCIÓN 3	Material importante para la membresía7
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO8
SECCIÓN 5	Cómo mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan.....9
SECCIÓN 6	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan10
CAPÍTULO 2: Teléfonos y recursos	12
SECCIÓN 1	Contactos de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO12
SECCIÓN 2	Obtenga ayuda de Medicare.....17
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)18
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (QIO).....19
SECCIÓN 5	Seguro Social.....21
SECCIÓN 6	Medicaid21
SECCIÓN 7	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)22
SECCIÓN 8	Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador23
CAPÍTULO 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos	24
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan24
SECCIÓN 2	Cómo usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios26
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención29
SECCIÓN 4	¿Qué pasa si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?32
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica32
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud34
SECCIÓN 7	Normas para ser propietario del equipo médico duradero35

Índice

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)	38
SECCIÓN 1	Explicación de sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos38
SECCIÓN 2	El Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos40
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)84
CAPÍTULO 5: Pedir que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos.....	87
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios cubiertos.....87
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió89
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no89
CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades	91
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales91
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....97
CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	99
SECCIÓN 1	Lo que debe hacer si tiene un problema o preocupación.....99
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada99
SECCIÓN 3	Qué proceso usar para su problema100
SECCIÓN 4	Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones.....101
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....104
SECCIÓN 6	Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto112
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto.117
SECCIÓN 8	Llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5121
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones123

Índice

CAPÍTULO 8: Cómo finalizar la membresía en nuestro plan	127
SECCIÓN 1 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	127
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?	127
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	130
SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos por medio de nuestro plan	131
SECCIÓN 5 Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO debe finalizar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones.....	131
CAPÍTULO 9: Avisos legales	133
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable.....	133
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación	133
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	134
CAPÍTULO 10: Definiciones.....	135

CAPÍTULO 1:

Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO

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

Está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura médica de Medicare a través de nuestro plan, Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes de Medicare Original.

Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO *no* incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Sección 1.2 Información legal de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Esos avisos se llaman a veces *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en que esté inscrito en Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO después del 31 de diciembre de 2026. También podemos elegir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2026.

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

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Es elegible para una membresía de nuestro plan siempre que cumpla todas estas condiciones:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente en ella.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicios del plan para Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO

Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO solo está disponible para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro 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 se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante llamar al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

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

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

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro**SECCIÓN 3 Material importante para la membresía****Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía**

Use su tarjeta de membresía siempre que obtenga servicios cubiertos por nuestro plan. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía:

MEMORIAL HERMANN Health Plan		Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO	
Member Name:	Test Member10		
Member ID:	MH100000107		
Group ID:	H7115-006		
Health Plan:	80840		
PCP:	Selection Required. / MHPLN		
Medical Benefits		Part B	
Deductible: \$0	ER: \$140	Rx Bin:	610770
PCP: \$0	Specialist: \$30	Rx PCN:	MHPCARE
Urgent Care: \$25	No Referral Required	Rx Group:	CRXMD
		Health Plan Website: mhnp.org/ma	
		Customer Service:	855.645.8448 (TTY: 711)
		24/7 Nurse Advice:	844.632.0074 (TTY: 711)
		Pharmacy Customer Service:	888.227.7940 (TTY: 711)
		Liberty Dental:	866.674.0114 (TTY: 711)
		OTC/Flex Card Benefits:	833.504.1839 / mhnp.org/flex
		Provider Services:	855.645.8448 / mhnp.org/providers
		Pharmacy Help Desk:	888.227.7940
		Medical/Behavioral Health Claims:	Dental Claims:
		P.O. Box 19909	P.O. Box 401086
		Houston, TX 77224	Las Vegas, NV 89140
		EDI Payer ID: MHHP	EDI Payer ID: CX083
		H7115_FLMAOnlyIDCard25_C IA 9/19/2024	

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios del hospital, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si nuestra tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* <https://mhapex.healthtrioconnect.com/public-app/consumer/provdir/search.page?> incluye nuestros proveedores dentro de la red y los proveedores de equipo médico duradero actuales. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores dentro de la red para obtener la atención y los servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

excepciones son las emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o no es 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 autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más reciente de proveedores en nuestro sitio web en <https://mhapex.healthtrioconnect.com/public-app/consumer/provdir/search.page?>

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede pedir una copia (electrónicamente o en papel) de Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los *directorios de proveedores* en papel que pida se le enviarán por correo en el plazo de 3 días laborables.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO

	Sus costos en 2025
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que esta cantidad. Vaya a la Sección 4.1 para obtener más información.	\$0 por mes
Cantidad del máximo de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vaya al Capítulo 4 Sección 1 para obtener más información).	\$3,950 al año
Visitas en el consultorio de atención primaria	\$0 por visita
Visitas en el consultorio de especialistas	\$40 por visita
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado	\$750 por estancia

Sus costos pueden incluir los siguientes:

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

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima mensual del plan por separado para Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO.

Las primas de la Parte B de Medicare varían según los ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual *Medicare y usted 2026* en la sección llamada *Costos de Medicare 2026*. Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o pida una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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 \$175 que se destinan a reducir su prima mensual de la Parte B de Medicare. Los \$175 reducen la cantidad que se retiene de su pago del Seguro Social cada mes.

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

SECCIÓN 5 **Cómo mantener actualizado nuestro 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, hospitales y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y las cantidades de sus costos compartidos.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, díganos:

- Cambios en su nombre, dirección o teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación de los trabajadores o Medicaid)
- Cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

- Si ingresa en un centro de atención residencial
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable que designó (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es necesario que informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si alguna de esta información cambia, háganoslo saber llamando a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios según nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba proporcionar nuestro número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal del empleador), las reglas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (“el pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (“el pagador secundario”) solo paga si hay costos que la cobertura principal no cubre. El pagador secundario no puede pagar 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 grupal del empleador o del sindicato:

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

- Si su cobertura de plan médico grupal 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 tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o un familiar) todavía está trabajando, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan del empleador múltiple tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía está trabajando, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan del empleador múltiple tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, su plan médico grupal 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 grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Teléfonos y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba al Servicio al Cliente de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estaremos encantados de ayudarlo.

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:</p> <p>8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, entre el 1 de octubre - 31 de marzo, excluyendo los principales días festivos.</p> <p>8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.</p> <p>Servicio al Cliente (855) 645-8448 (los usuarios de TTY llaman al 711) también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, entre el 1 de octubre - 31 de marzo, excluyendo los principales días festivos.</p> <p>8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.</p>
Escriba a	<p>Memorial Hermann Advantage HMO</p> <p>P.O. Box 19909</p> <p>Houston, TX 77224-1909</p>
Sitio web	<p>https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/</p>

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**Cómo pedir una decisión de cobertura o apelar sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagamos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica, vaya al Capítulo 7.

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., todos los días, entre el 1 de octubre - 31 de marzo, excluyendo los principales días festivos. 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, entre el 1 de octubre - 31 de marzo, excluyendo los principales días festivos. 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.
Fax	(832) 476-2194
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**Apelaciones de atención médica - Información de contacto**

Llame al	<p>(855) 645-8448</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, entre el 1 de octubre - 31 de marzo, excluyendo los principales días festivos.</p> <p>8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, entre el 1 de octubre - 31 de marzo, excluyendo los principales días festivos.</p> <p>8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.</p>
Fax	(832) 476-7997
Escriba a	<p>Memorial Hermann Advantage HMO</p> <p>Appeals & Grievances</p> <p>P.O. Box 19909</p> <p>Houston, TX 77224-1909</p>
Sitio web	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**Cómo 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 cubre disputas de cobertura o pago. Para obtener más información de cómo presentar una queja sobre su atención médica, vaya al Capítulo 7.

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., todos los días, entre el 1 de octubre - 31 de marzo, excluyendo los principales días festivos. 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, entre el 1 de octubre - 31 de marzo, excluyendo los principales días festivos. 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.
Fax	(832) 476-7997
Escriba a	Memorial Hermann Advantage HMO Appeals & Grievances P.O. Box 19909 Houston, TX 77224-1909
Sitio web de medicare	Para enviar una queja sobre Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que recibió**

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Vaya al Capítulo 5 para obtener más información.

Si nos presenta una solicitud de pago y denegamos alguna parte de la solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vaya al Capítulo 7 para obtener más información.

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., todos los días, entre el 1 de octubre - 31 de marzo, excluyendo los principales días festivos. 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, entre el 1 de octubre - 31 de marzo, excluyendo los principales días festivos. 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.
Escriba a	Memorial Hermann Health Plan ATTN: Medical Claims Dept. – Member Reimbursement P.O. Box 20167 Tampa, FL 33622-0167
Sitio web	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**SECCIÓN 2 Obtenga ayuda 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 a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluyendo nuestro plan

Medicare - Información de contacto

Llame al	1-800-MEDICARE (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 un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área, incluyendo su costo y los servicios que prestan. • Encuentre médicos que participen en Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluyendo los servicios preventivos (como exámenes médicos, inyecciones o vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos

Medicare - Información de contacto

- Obtenga información sobre la calidad de la atención de los planes, los centros de atención residencial, hospitales, médicos, agencias de atención médica en casa, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y teléfonos útiles.

También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO.

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

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Texas, SHIP se llama Programa de Información, Orientación y Defensa de la Salud (HICAP).

El Programa de Información, Orientación y Defensa de la Salud (Health Information, Counseling, and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan médico) que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación local gratuita sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Los consejeros del Programa de Información, Orientación y Defensa de la Salud (HICAP) pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del Programa de Información, Orientación y Defensa de la Salud (HICAP) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare, ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**Programa de Información, Orientación y Defensa de la Salud (HICAP) (SHIP de Texas) - Información de contacto**

Llame al	(800) 252-9240 o (800) 252-3439
TTY	(800) 735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o 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 la mejora de la calidad (QIO)

Una organización para la mejora de la calidad (QIO) designada atiende a personas con 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 pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está conectado con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Los ejemplos de preocupaciones sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) está terminando demasiado pronto.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**Acentra Health (organización para la mejora de la calidad de Texas) - Información de contacto**

Llame al	(888) 315-0636 Horario de atención de la línea de ayuda: Días laborables: de 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: de 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 un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o 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/

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**SECCIÓN 5 Seguro Social**

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

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para avisarles.

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. Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunos negocios 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. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. 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.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos

Para obtener más información de los Programas de Ahorros de Medicaid y Medicare, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto

Llame al	(800) 252-9240
TTY	711 o (800) 735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba a	Texas Health and Human Services Commission P. O. Box 13247 Austin, TX 78751
Sitio web	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

SECCIÓN 7 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

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 obtiene Medicare por medio de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, avíseles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) - Información de contacto

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluyendo fines de semana y días festivos.
-----------------	---

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) - Información de contacto**

TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 8 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare según este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 3:

Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso de nuestro plan para obtener cobertura de su atención médica.

Para obtener información sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, vaya a el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores dentro de la red y 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. Hicimos 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 se listan en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

Como plan médico de Medicare, Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

- **La atención que recibe se incluye en el Cuadro de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **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.
- **Tenga un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (vaya a la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información).
 - No necesita una remisión para ver a un especialista dentro de la red, sin embargo, algunos servicios necesitan la aprobación previa del plan médico. Estos servicios incluyen, entre otros: centros de enfermería especializada, servicios médicos en casa y algunos servicios prestados por un médico dentro de la red. Para obtener más información, vaya a la Sección 2.3.
 - No necesita una remisión de su PCP para atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. Para obtener información de otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP, vaya a la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención de un proveedor dentro de la red** (vaya a la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que debe pagar al proveedor en su totalidad por los servicios que recibe. *Aquí hay 3 excepciones:*
 - Nuestro plan cubre los servicios de emergencia o los servicios necesarios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué servicios de emergencia o servicios necesarios de urgencia, vaya a la Sección 3.
 - 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, usted paga lo mismo que paga si recibiera la atención de un proveedor dentro de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, vaya a la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente. Los costos compartidos que paga a nuestro plan de diálisis nunca pueden ser más alto que los costos compartidos en

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, sus costos compartidos no pueden ser mayores que los costos compartidos que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, sus costos compartidos para la diálisis pueden ser mayores.

SECCIÓN 2 **Cómo usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios**

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

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.

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

¿Cómo elegir un PCP?

Como miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, debe 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

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y deba elegir un nuevo PCP.

Si quiere cambiar su PCP, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente (Customer Service Department) para que un representante pueda ayudarlo a hacer este cambio. Los cambios de PCP recibidos entre el 1 y el 14 del mes son efectivos retroactivos al

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

día 1 del mes en que se recibe la solicitud. Los cambios de PCP recibidos entre el día 15 y el último día del mes entran en vigencia el día 1 del mes siguiente.

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

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

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con condiciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.
- Aunque le animamos encarecidamente que hable sobre su atención especializada con su PCP para coordinar su atención, no es necesario que obtenga una referencia de su PCP para ver a un especialista dentro de la red, aunque es importante tener en cuenta que algunos consultorios especializados exigen que los nuevos pacientes obtengan una remisión de su PCP para recibir servicios.
- 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 el cuadro de beneficios del Capítulo 4, Sección 2.1, para revisar los servicios para los que se puede necesitar autorización previa.

Cuando un especialista u otro proveedor dentro de la red deja nuestro plan

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, tiene estos derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de servicios de salud conductual deja nuestro plan, le avisaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le avisaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si lo visitó en los últimos 3 meses.

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a pedir continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o no es adecuado para cubrir sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con costos compartidos dentro de la red. Se necesita autorización previa.
- Si descubre que su médico o especialista está dejando nuestro plan, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY llaman al 711) para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos dado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención a nuestro plan o ambas. (Vaya al Capítulo 7).

Sección 2.4 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 estén recibiendo un curso de tratamiento activo con un proveedor fuera de la red pueden continuar obteniendo servicios de ese proveedor. Este curso de

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

tratamiento tendrá cobertura del Plan por hasta 90 días o hasta que se pueda hacer la transición del tratamiento a un proveedor dentro de la red. Para asegurarse de que no tenga una interrupción o retraso en el tratamiento después de los 90 días, lo animamos encarecidamente a que avise al plan médico sobre su curso activo actual de tratamiento lo antes posible, para que podamos ayudarlo en la transición a un proveedor dentro de la red. Para avisar al Plan de un curso de tratamiento activo, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

Los miembros pueden obtener el formulario de Continuación de la atención en: <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center>

SECCIÓN 3 **Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención**

Sección 3.1 **Busque atención si tiene una emergencia médica**

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o función de una extremidad, o la pérdida o deficiencia grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una 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 primero la aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte 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, excepto los días festivos principales, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los días festivos principales

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

Servicios cubiertos en 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 le prestan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo termina la emergencia médica.

Después de que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe 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 su atención de emergencia la proporcionan proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores dentro de 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 su estancia continua 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 decir que después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que razonablemente usted pensara que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubriremos la atención extra *solo* si recibe la atención adicional de una de estas 2 maneras:

- Usted visita a un proveedor dentro de la red para obtener la atención adicional.
- La atención extra que recibe se considera servicios necesarios de urgencia y sigue las reglas de abajo para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Reciba atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

Un servicio que necesita atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

este servicio de los proveedores 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 al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible 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, “Cuadro 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 lega prudente, con conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren la atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad, del funcionamiento de una extremidad, o pérdida o disfunción grave del funcionamiento del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. Nuestro plan no cubre servicios que no sean de emergencia si los recibe fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Sección 3.3 Obtenga 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, aún tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/> para obtener información de cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor dentro de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Vaya al Capítulo 5 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total

Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO cubre todos los servicios médicamente necesarios como se indica en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar 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 Servicios médicos 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. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente piden voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

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, solo es responsable de los costos compartidos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad de los costos compartidos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó.

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita avisarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que lo atienden como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que incluyen la necesidad de un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluyendo ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios con exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Aunque no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le animamos a que nos avise con antelación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluyendo:

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

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Medicare Original y sus costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto pagó de costo compartido. Vaya al Capítulo 5 para obtener más información de cómo enviar solicitudes de pago.

Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico: Digamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos de esta prueba es de \$20 según Medicare Original, pero la prueba sería de \$10 según nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el examen y usted el copago de \$20 necesario según Medicare Original. Avisaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación (como una factura de proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de \$10, la misma cantidad que paga según los beneficios de nuestro plan.

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes:**

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted no estuvo en un estudio.
- Artículos o servicios que se dan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará los estudios de imágenes por CT mensuales hechas como parte de un estudio si su condición médica normalmente necesitaría solo un estudio de imágenes por CT.
- Artículos y servicios que dan los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare llamada *Medicare y estudios de investigación clínica* disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que da atención para una condición que generalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos la atención 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 obtener atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone concienzudamente a recibir un tratamiento médico que **no esté exento**.

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico *voluntario y no exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que recibe de forma *no voluntaria* o que *es exigida* según las leyes federales, estatales o locales.

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.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos para atención en el hospital para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - –y– debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ingresar en el 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 religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de ningún equipo médico duradero después de hacer una cierta cantidad de pagos según nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, aparatos generadores del habla, bombas de infusión por vía intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para que los miembros las usen en casa. El miembro siempre posee algunos artículos de DME, como prótesis. Otros tipos de DME que 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. **Como miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, sin embargo, por lo general no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME según Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

de DME. Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 artículo de DME aunque estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo de DME. Los pagos que hizo inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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 a nuestro plan antes de que el artículo sea suyo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo aunque estaba en nuestro plan. Luego, regresó a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para que el artículo sea suyo una vez que se reincorpore a Medicare Original. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

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

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

Si deja Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO o ya no necesita médicamente equipo de oxígeno, debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si deja nuestro plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige un proveedor de oxígeno para prestarle servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses alquilará el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si se queda

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

con la misma compañía, y nuevamente debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

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

El Cuadro de beneficios médicos indica sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO. Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos le proporciona más información de sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos le proporciona más información de su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el Programa de Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary Program, QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en la cantidad total que tiene que pagar de gastos bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por nuestro plan. Este límite se llama máximo de gastos de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, la cantidad del MOOP es de \$3,950.**

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

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 del máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos). Si alcanza la cantidad del máximo de gastos de bolsillo de \$3,950, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, tiene una protección importante porque solo tiene que pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle más cargos por separado, llamados **facturación del saldo**. Esta protección se aplica incluso si 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.

Así es como funciona la protección contra la facturación del saldo:

- Si sus costos compartidos son un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor dentro de la red.
- Si sus costos compartidos son un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión o para emergencias o servicios necesarios de urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión, emergencias o servicios necesarios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 El Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes indica los servicios que Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO cubre y lo que paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios listados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las directrices de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluyendo la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos 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 afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el que el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención de un proveedor dentro de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor dentro de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red que recibe.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que presta y supervisa su atención.
- Algunos servicios listados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a 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 siempre 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 tratante.

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*. (Para obtener más información de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2026*.)

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

Véalo en línea en www.Medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para los servicios de prevención cubiertos sin costo según Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o monitoreo por una condición médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que recibió para la condición médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios médicos.

Cuadro de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Examen médico de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un ultrasonido de detección una sola vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen médico si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de su médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay que pagar coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen médico preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días según las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 8 sesiones más para pacientes que muestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p>	<p>\$20.00 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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o hay retroceso.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como 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>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"> • una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (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, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre, al centro apropiado más cercano que pueda prestar atención si se presta a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro 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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: La primera visita de bienestar anual no se puede hacer en el período de 12 meses 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</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa del hueso o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa del hueso, detectar la pérdida de hueso o determinar la calidad del hueso, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare</p>
<p> Examen médico de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección 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</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación están cubiertos para los miembros que cumplan ciertas condiciones con la orden de un médico.</p>	<p>\$40.00 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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (continuación) Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle del uso de aspirina (si es apropiado), revisar su presión y darle sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Exámenes médicos de enfermedades cardiovasculares 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 tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba 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: Manipulación de la columna para corregir una subluxación</p>	<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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Examen médico de cáncer colorrectal</p> <p>Se cubren los siguientes exámenes médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con un riesgo alto después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal y se cubre cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada de evaluación o han pasado 47 meses después del mes en que se hizo la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede hacer un pago por una colonografía por tomografía computarizada de evaluación hecha después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de evaluación. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de más de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Exámenes médicos de detección de sangre oculta en heces para pacientes de más de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Prueba multifocal de ADN en heces para 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 pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen médico 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 la sigmoidoscopia flexible, el examen médico de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a copago/coseguro.</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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Examen médico de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> El examen médico de cáncer colorrectal incluye una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen médico de cáncer colorrectal no invasivo basado en heces cubierto por Medicare dé un resultado positivo. 	
<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 paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que incluyen la mandíbula o exámenes bucales antes del trasplante de órganos. Además, cubrimos:</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>Otros servicios preventivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Selladores Mantenedores de espacio 	<p>\$30.00 de copago por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare</p> <p>Beneficio máximo anual del plan de \$1,000.00</p> <p><u>Servicios de prevención</u></p> <p>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>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Los siguientes servicios integrales:</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>Las visitas de teleodontología dentro y fuera de la red están cubiertas con un coseguro del 0% (máximo 2 visitas por año del plan).</p>	<p>Otros servicios preventivos</p> <p><u>Selladores</u> \$8.80 de copago por diente dentro de la red, o 50% de coseguro fuera de la red.</p> <p><u>Mantenedores de espacio</u> \$52.80 de copago por cuadrante dentro de la red, o 50% de coseguro fuera de la red.</p> <p>Servicios integrales</p> <p><u>Servicios de diagnóstico</u> \$0.00 de copago dentro de la red o 20% de coseguro fuera de la red.</p> <p><u>Servicios de restauración</u> De \$15.40 de copago 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>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<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 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 de copago 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>
<p> Evaluación de depresión</p> <p>Cubrimos un examen médico de depresión al año. El examen médico se debe hacer en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento o remisiones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de examen médico de la depresión.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Examen médico de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen médico (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también se pueden cubrir si cumple otros requisitos como tener sobrepeso y tener historia familiar de diabetes.</p> <p>Puede ser elegible para hasta 2 exámenes médicos de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen médico de diabetes más reciente.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes médicos de diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p> Servicios y suministros para capacitación del control personal de la 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 monitorear su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas y soluciones control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen una enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluyendo las plantillas entregadas con dichos zapatos) y 2 pares más de plantillas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (no incluyendo las plantillas extraíbles no personalizadas entregados con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el control de su propia diabetes está cubierta en ciertas condiciones. <p>Los monitores continuos de glucosa (MCG) 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>0% de coseguro por marcas preferidas exclusivas de glucómetros y tiras reactivas. Las marcas preferidas son Roche (Accu-Chek) 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 coseguro por capacitación para el manejo personal de la diabetes cubierta por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Servicios y suministros para capacitación del control personal de la diabetes (continuación)</p>	<p>20% de coseguro por plantillas o zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por marcas preferidas de CGM (Dexcom y Freestyle Libre) en una farmacia dentro de la red (retail). Todas las demás marcas están sujetas a una revisión de la necesidad médica.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para una definición de equipo médico duradero, vaya al Capítulo 10 y al Capítulo 3).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en casa, bombas de infusión por vía intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos 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 en particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en https://healthplan.memorialhermann.org/Medicare.</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (MCG) 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>20% de coseguro por equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa para artículos de más de \$500.00.</p> <p>0% de coseguro para suministros de pruebas para diabéticos cubiertos por Medicare (glucómetro, tiras reactivas) de proveedores preferidos Roche (Accu-Chek) y Ascencia (Contour).</p> <p>20% de coseguro por suministros de prueba no preferidos para diabéticos.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)	<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 preferidas de CGM (Dexcom y Freestyle Libre) en una farmacia dentro de la red (retail). Todas las demás marcas están sujetas a una revisión de la necesidad médica.</p> <p>Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro cada mes.</p> <p>Sus costos compartidos no cambiarán después de que esté inscrito durante 36 meses.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p>	<p>Si pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno antes de inscribirse en Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, sus costos compartidos en Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO son 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 prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos de los servicios de emergencias necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red.</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 la atención en otras partes del mundo supera \$50,000 USD durante el año del plan.*</p>	<p>\$150.00 de copago por visitas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Sin copago si lo ingresan en un plazo de 48 horas.</p> <p>\$150.00 USD de copago por servicios de emergencias en todo el mundo. Sin copago si lo ingresan en un plazo de 48 horas.*</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 en todo el mundo, por año de beneficios.*</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención de emergencia (continuación)	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su condición de emergencia se estabilice, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta, O bien deben atenderlo como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan, y sus costos serán los costos compartidos que pagaría en un hospital dentro de la red.</p> <p>*Se necesita un aviso de ingreso en el plazo de 24 horas.</p> <p>El uso de hospitales o proveedores fuera de la red puede tener como consecuencia la facturación del saldo por parte del proveedor u hospital.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<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/ ● 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 gratuita para responder preguntas sobre el programa <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>	<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> <p>\$0.00 de copago por consultas virtuales por medio de Memorial Hermann. Horario limitado en todo Texas.</p> <p>\$0.00 de copago por el programa de fitness por medio del programa de kit de ejercicio en casa.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>Comidas</p> <p>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>Comida y productos agrícolas (comida)</p> <p>Beneficio trimestral de comestibles. Los fondos <u>no</u> se transfieren si no se usan.</p> <p>Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard)</p> <p>Para obtener más información sobre los servicios de audición, consulte la página 56. Para obtener más información sobre la atención de la vista, consulte la página 82.</p> <p>Para obtener más información, visite nuestra Página de Flex Card en: https://mhhp.org/flex.</p> <p>Consulte el saldo de su Flex Card 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>\$40.00 de beneficio trimestral para comestibles.</p> <p><u>La Flex Card incluye tres (3) categorías de gasto:</u></p> <p>Oído</p> <p>\$600.00 de asignación anual para gastar según sea necesario en aparatos auditivos.</p> <p>Vista</p> <p>\$300.00 de asignación anual para gastar según sea necesario en anteojos.</p> <p>Beneficio de comestibles</p> <p>\$40.00 de beneficio de comestibles se agregarán a Flex Card una vez por trimestre. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP de USDA.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio hechas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria 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 aparatos auditivos • Aparato auditivo 	<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> <hr/> <p>\$0.00 de copago por exámenes de rutina de la audición.</p> <p>\$0.00 de copago por un ajuste/evaluación de aparatos auditivos.</p> <p>\$0.00 de copago por exámenes de audición y de equilibrio básicos hechos por un médico de atención primaria.</p> <p>\$600.00 de beneficio anual para la compra de aparatos auditivos (los dos oídos combinados).</p>
<p> Examen médico de detección del VIH</p> <p>Para las personas que piden un examen médico de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen médico de detección cada 12 meses <p>Si está embarazada, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 3 exámenes médicos de detección durante un embarazo. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen médico preventivo del VIH cubierto por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Cuidados paliativos en casa</p> <p>Los servicios de cuidados paliativos en casa difieren de los servicios de hospicio. Los cuidados paliativos se centran en vivir con una condición crónica e incurable con énfasis en el manejo de los síntomas. Estos servicios son complementarios a los servicios prestados por su PCP o especialista y, a menudo, los prestan agencias, o junto con agencias de atención en casa.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los cuidados paliativos en casa cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de atención médica en casa</p> <p>Antes de recibir servicios médicos en casa, un médico debe certificar que necesita servicios médicos en casa y ordenará que los servicios médicos en casa los proporcionen una agencia de atención médica en casa. Debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir de casa implica un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa, de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos según el beneficio de atención médica en casa, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa combinados deben sumar un total de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos 	<p>\$0.00 de copago por cada visita médica a domicilio cubierta por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p>Terapia de infusión en casa</p> <p>La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluyendo los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención 	<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>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Terapia de infusión en casa (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera según el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia • Los servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa prestados un proveedor calificado de terapia de infusión en casa • Los servicios de infusión a domicilio también pueden incluir quimioterapia, antiinfecciosos y otros medicamentos especializados para tratar diversas condiciones. 	<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>
<p>Cuidados de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluyendo los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en casa <p>Cuando lo ingresan en un hospicio, tiene derecho a seguir en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga 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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Cuidados de hospicio (continuación)</p> <p>Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal: 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. Durante el tiempo que esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.</p> <p>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia y que no sean de urgencia cubiertos según la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usa un proveedor dentro de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costos compartidos de nuestro plan por los servicios dentro de la red • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos según Medicare Original <p>Para los servicios cubiertos por Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos de nuestro plan por estos servicios.</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no sean de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con otras inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas del COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y del COVID-19.</p>
<p>Atención en el hospital para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios para condiciones de casos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que lo den de alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Días ilimitados por período de beneficios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluyendo dietas especiales • Servicios normales de enfermería • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias de paciente hospitalizado 	<p>\$750.00 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 para pacientes hospitalizados autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es los costos compartidos que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <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/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si 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 elige recibir trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. Pueden aplicarse limitaciones. • Todos los servicios relacionados con trasplantes exigen autorización previa. Hay servicios de administración de casos para ayudar a coordinar los servicios necesarios. • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita. 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 demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta. • Servicios prestados por un médico 	

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Nota: Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo en el hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, se podría considerar que es un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>Beneficios de hospital de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si recibe servicios de hospital como paciente ingresado en otra parte del mundo debido a una emergencia, los cargos que superen el beneficio máximo mundial de \$50,000 USD no se contarán para su máximo anual de gastos de bolsillo. Los proveedores pueden facturarle el saldo si el costo total de atención en otros lugares del mundo supera los \$50,000 USD durante el año del plan.</p>	
<p>Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estancia en un hospital.</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para atención médica mental para pacientes ingresados.</p> <p>Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.</p>	<p>\$750.00 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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una estancia de paciente hospitalizado no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estancia como paciente hospitalizado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe cuando 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>
<p> Terapia de nutrición médica</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>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Terapia de nutrición médica (continuación)</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizada durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica según Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p> <p>La terapia de nutrición médica 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> Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios MDPP están cubiertos para personas elegibles 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 de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos por medio de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no los autoadministra el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, ambulatorios del hospital o del centro de cirugía ambulatoria • Insulina proporcionada mediante un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) 	<p>20% de coseguro por medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare, incluyendo inyecciones para la alergia.</p> <p>20% de coseguro por quimioterapia y medicamentos de radiación cubiertos de la Parte B.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El medicamento para el 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 • Medicamentos para trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el 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. • Los medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura del hueso que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra según la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos 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. • 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. 	<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 dentro de la red (retail).</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 aumento al precio del medicamento es mayor 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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos según la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato según el sistema de pago de 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 erythropoietin por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones. (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://healthplan.memorialhermann.org/for-providers/resource-center.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte B.</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (MCG) 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>	

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Exámenes médicos y terapia de obesidad para promover la pérdida de peso prolongada</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para exámenes médicos de obesidad y la terapia preventiva.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento por opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD por medio de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Orientación por consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas <p>Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.</p>	<p>\$40.00 de copago por cada visita del programa de tratamiento a base de opioides cubierto por Medicare.</p> <p>\$750.00 de copago por cada estancia en el hospital como paciente hospitalizado cubierto por Medicare</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopos) incluyendo el material y los suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de glóbulos rojos empacados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Su plan 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. • Pruebas de diagnóstico no relacionadas con el laboratorio, como estudio de imágenes por CT, MRI, EKG y estudio de imágenes por PET cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar un problema médico • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<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 de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por ultrasonido de diagnóstico.</p> <p>\$150.00 de copago por cada servicio complejo de imágenes de diagnóstico cubierto por Medicare (p. ej., CT, MRI y PET).</p> <p>20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por servicios de hematología cubiertos por Medicare.</p> <p>Se exige autorización previa para los servicios complejos de imágenes de diagnóstico (CT, MRI, PET, etc.).</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</p> <p>Los servicios de observación son servicios en el hospital para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si es necesario ingresarlo como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, 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 acreditada por la ley de licencias estatales y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos por los servicios ambulatorios de hospital. 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, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>Beneficios de hospital de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</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>
<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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital 	<p>\$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>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos por los servicios ambulatorios de hospital. 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, pregunte al personal del hospital.</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 de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por ultrasonido de diagnóstico.</p> <p>\$150.00 de copago por cada servicio complejo de imágenes de diagnóstico cubierto por Medicare (p. ej., CT, MRI y PET).</p> <p>20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0.00 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$50.00 de copago al día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios (continuación)</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 Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especializado, consejero profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), enfermero de práctica avanzada (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado de Medicare, según lo permiten 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 grupal cubierta por Medicare, que no sea con un médico.</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>\$40.00 de copago por cada sesión individual o grupal de terapia cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$40.00 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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se dan en diversos entornos de paciente ambulatorio, como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Clínicas de rehabilitación exhaustiva de paciente ambulatorio (CORF).</p>	<p>\$40.00 de copago por cada visita de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias</p> <p>Servicios no residenciales prestados para tratar la adicción a las drogas o al alcohol sin uso de farmacoterapias. Los servicios pueden incluir servicios intensivos ambulatorios (atención todo el día durante varios días) y orientación tradicional (una o algunas horas al día, en general una vez a la semana o una vez cada dos semanas).</p> <p>Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.</p>	<p>\$30.00 de copago por cada sesión individual o en grupo por abuso de sustancias de Medicare.</p> <p>\$40.00 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</p> <p>Nota: Si se someterá a una operación en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para operación ambulatoria. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, se podría considerar que es un paciente ambulatorio.</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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios</p> <p><i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio de hospital o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización como paciente ingresado.</p> <p><i>El servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que presta el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro médico calificado por el gobierno federal o una clínica médica rural que es más intenso que la atención que 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"> • Atención médica médicamente necesaria o servicios de operación que recibe en el consultorio de un médico, centro de cirugía ambulatoria certificada, departamento ambulatorio del 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. 	<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>\$40.00 de copago por cada visita cubierta por Medicare en el consultorio con un especialista.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente de dónde esté • Los servicios de telesalud para los miembros con un trastorno de consumo de sustancias o trastornos de salud mental simultáneos, independientemente de dónde esté • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene una visita en persona en el plazo de 6 meses antes de su primera visita de telesalud ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses cuando recibe estos servicios de telesalud ○ Puede haber excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas médicas rurales y centros médicos calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico por 5 a 10 minutos, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La consulta breve no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días y ○ La consulta breve no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas ni en la fecha más próxima disponible para cita • Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico en el plazo de 24 horas, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La evaluación no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico • Segunda opinión antes de la cirugía 	<p>\$40.00 de copago por cada consulta de telesalud con un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>\$30.00 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>\$40.00 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 de telesalud individual o grupal por abuso de sustancias cubierta por Medicare con una persona que no sea un médico.</p> <p>\$0.00 de copago por cada consulta virtual mediante Memorial Hermann. Horario limitado en todo Texas.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<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://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>\$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>
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) Atención de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	<p>\$40.00 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p> Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro proveedor de atención médica determina que tiene más riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si está recibiendo un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo de inyección del medicamento. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 8 sesiones de orientación individual (incluyendo la evaluación de riesgos de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a los medicamentos) cada 12 meses. Hasta 8 exámenes médicos de detección del VIH cada 12 meses. <p>Un examen médico único del virus de la hepatitis B.</p>	
<p> Exámenes médicos 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.
<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. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; y bolsas y suministros de colostomía directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, 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 cierta cobertura después de la extirpación de cataratas o la operación de cataratas - vaya a <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla 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 los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y solicitan rehabilitación pulmonar al médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	\$40.00 de copago por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Examen médico y consejería para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen médico de abuso de alcohol para adultos (incluyendo mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si su examen de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de consejería en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) con un médico o proveedor de atención primaria en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen y la consejería cubiertos por Medicare como beneficio preventivo para reducir el consumo indebido de alcohol.</p>
<p> Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, un LDCT está cubierto cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son personas de 50-77 años que no tienen señales ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden de LDCT durante una visita de orientación sobre el examen médico de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y proporcionada por un médico o un proveedor de atención no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de cáncer de pulmón LDCT después del examen inicial de LDCT:</i> los miembros deben obtener una orden para el examen de cáncer de pulmón LDCT, que se puede dar durante cualquier visita apropiada con un médico o un proveedor de atención calificado que no sea médico. Si un médico o un profesional de atención no médico calificado decide ofrecer una visita de consejería sobre detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida para exámenes posteriores 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 para la visita de consejería y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para el LDCT.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Examen médico de detección de la infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos un examen médico de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena uno y usted cumple una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945-1965. <p>Si nació entre 1945-1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos un examen médico de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su examen médico de detección de hepatitis C negativo anterior), cubrimos los exámenes de detección anuales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen médico del virus de la hepatitis C cubierto por Medicare.</p>
<p> Exámenes médicos para infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenir las STI</p> <p>Cubrimos exámenes médicos de detección de las enfermedades de transmisión sexual (STI) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la Hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de STI cuando las pruebas las ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de orientación conductual de alta intensidad cara a cara de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con más riesgo de STI. Solo cubrimos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y si son en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen médico cubierto 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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios para tratar enfermedades de los riñones</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 con enfermedades de los riñones crónicas en etapa IV cuando los remite su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios informativos sobre enfermedad renal 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 ingresa como 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>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos según la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, vaya a Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.</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)</p> <p>(Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, vaya al Capítulo 12. 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) 	<p>Por cada estancia en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare:</p> <p>Días 1-20:</p> <p>\$0.00 de copago al día.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comida, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre). • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita. 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>Por lo general, recibe atención de SNF de los centros de la red. En ciertas condiciones que se listan abajo, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red para un centro que no es un proveedor dentro de la red, si el centro 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 	<p>Días 21-100:</p> <p>\$125.00 de copago al día.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Eliminación del uso del tabaco (orientación para dejar de fumar y usar tabaco)</p> <p>La orientación para dejar de fumar y dejar el uso del tabaco está cubierta para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumir tabaco, independientemente de si presentan señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alertas durante la orientación • Un médico calificado u otro proveedor de atención reconocido por Medicare presta orientación <p>Cubrimos 2 intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.</p> <p>Están cubiertas hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Hacerse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico. • Hacerlo personal auxiliar calificado, necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños, y capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • Estar supervisado directamente por un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>SET puede estar cubierto después de las 36 sesiones en 12 semanas por 36 sesiones más en un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>\$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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios necesarios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que necesita atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores dentro de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios necesarios de urgencia y solo cobrarle 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. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está 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>\$30.00 de copago por cada visita en una clínica de atención de urgencia o sin cita previa cubierta por Medicare.</p> <p>\$30.00 de copago por cada consulta de telesalud por servicios necesarios de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>\$30.00 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 • Para las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen médico de glaucoma cada año. Las personas con un alto riesgo de tener glaucoma incluyen: las personas con historia familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos de más de 50 años e hispanos de más de 65 años 	<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 paga)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para personas con diabetes, el examen médico de detección de retinopatía diabética está cubierto 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 tiene 2 operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y comprar 2 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>\$0.00 de copago para exámenes de rutina de la vista.</p> <p>Beneficio máximo anual de \$300.00 para anteojos y lentes (p. ej., lentes de anteojos, monturas de anteojos, lentes de contacto).</p>
<p> Visita preventiva de bienvenida a Medicare</p> <p>Nuestro plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenido a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes médicos y vacunas) y remisiones para otros cuidados si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva <i>de Bienvenido a Medicare</i> solo en el plazo de los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva <i>de Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de bienvenida a Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)**SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)**

Esta sección le indica qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

El cuadro de abajo lista los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo en condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos excepto en las condiciones específicas de la lista de abajo. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos 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 tomamos de no cubrir un servicio médico, vaya al Capítulo 7, Sección 5.3).

Servicios que Medicare no cubre	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 de la mama después de la mastectomía y también de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado de compañía</p> <p>El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse</p>	No están cubiertos en ningún caso

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

Servicios que Medicare no cubre	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>	<p>Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Vaya al Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información de estudios de investigación clínica)</p>
<p>Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.</p>	<p>No están cubiertos en ningún caso</p>
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su casa.</p>	<p>No están cubiertos en ningún caso</p>
<p>Comidas entregadas a domicilio</p>	<p>No están cubiertos en ningún caso</p>
<p>Los servicios de ama de casa incluyen ayuda doméstica básica, incluyendo la limpieza ligera o la preparación de comidas ligeras.</p>	<p>No están cubiertos en ningún caso</p>
<p>Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternos).</p>	<p>No están cubiertos en ningún caso</p>
<p>Atención dental que no es de rutina</p>	<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.
<p>Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies</p>	<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.
<p>Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.</p>	<p>No están cubiertos en ningún caso</p>
<p>Habitación privada en un hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.

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

Servicios que Medicare no cubre	Cubiertos solo en condiciones específicas
Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización y 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.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	No están cubiertos en ningún caso
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, y otras ayudas para la vista deficiente.	No están cubiertos en ningún caso
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).
Exámenes de audición de rutina, aparatos auditivos o exámenes para ajustar aparatos auditivos	No están cubiertos en ningún caso
Los servicios considerados no son razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No están cubiertos en ningún caso

CAPÍTULO 5:

Pedir que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para obtener el pago. Vaya a la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte de los costos compartidos como se explica en este material. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, 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.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede obtener servicios de emergencia o servicios necesarios de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

- Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o servicios necesarios de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados legalmente a dar atención de emergencia.

Capítulo 5 Pedir que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

- Si paga la cantidad total usted mismo en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor pidiendo un pago que cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor dentro de la red le envía una factura que cree que no debe pagar

Los proveedores dentro de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle solo 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 permitimos que los proveedores agreguen más cargos por separado, llamados **facturación del saldo**. Esta protección (que nunca pague más que la cantidad de sus costos compartidos) se aplica incluso 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 dentro de la red que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor dentro de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debía según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo los servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Debe enviar documentación, como recibos y facturas, para que podamos manejar el reembolso.

Capítulo 5 Pedir que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. A esto se le llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 7 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede pedirnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su 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 el plazo de un (1) año** a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

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

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Dé la siguiente información que necesitamos para tomar una decisión: Nombre del miembro, ID, dirección, fechas de servicio, nombre del proveedor de servicios, descripción de los servicios, cantidad que se cobró, cantidad que se pagó, copia de la factura y recibo de pago (recibo del médico, recibo de la tarjeta de crédito o cheque cobrado).
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/advantage-hmo-plans/plan-documents-materials>) o llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida 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 20167
Tampa, FL 33622-0167

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

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

Capítulo 5 Pedir que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

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

Sección 3.1 Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o la cantidad que 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 más información de cómo hacer esta apelación, vaya al Capítulo 7.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos dar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluyendo a quienes tienen conocimientos limitados de inglés, capacidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva u orígenes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de 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 materiales en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Tenemos la obligación de darle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una manera que funcione para usted, llame al Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 hay proveedores disponibles en la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le den la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista dentro de la red, llame para presentar una queja formal al (855) 645-8448. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se den de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluyendo a quienes tienen conocimientos limitados de inglés, capacidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o antecedentes culturales y étnicos diversos. Ejemplos de cómo nuestro plan puede tener estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teléfonos TTY (teléfonos de texto o dispositivos de 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 proporcionarle información en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Tenemos la obligación de darle información de los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una manera que funcione para usted, llame al Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 hay proveedores disponibles en la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le den la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si está en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información de dónde acudir para recibir ese servicio con costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista dentro de la red, llame para presentar una queja al (855) 645-8448. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para prestar y coordinar sus servicios cubiertos. No necesitamos que obtenga remisiones para ir a proveedores dentro de la red.

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

Si cree que no está recibiendo su atención médica dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 7 le dice 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 por las circunstancias indicadas abajo, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no lo atiende o no pague por su atención, *primero debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted*.
- Hay ciertas excepciones que no necesitan que obtengamos su permiso por escrito primero. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Estamos obligados a revelar información médica a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Como es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a dar a Medicare su información médica. Si Medicare revela su información para usos de

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

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 ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a ver su expediente médico en poder de nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle un cargo por hacer copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corrijamos su expediente médico. Si nos pide que hagamos esto, 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 otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro 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.** El Capítulo 7 da información sobre cómo pedir una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 7

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

también hay información de cómo pedirnos cambiar una decisión, también llamado una apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que lo informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar cuánto cuesten 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. Si rechaza el tratamiento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer 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. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra 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 dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Documentos como un **testamento en vida** y un **poder para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Cómo configurar una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que dan información sobre Medicare. También puede llamar a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY llaman al 711) para pedir los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue 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 antelación que va a ser hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Completar una directiva anticipada es su elección (incluyendo si quiere firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede denegarle la atención o discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

Si no se siguen las instrucciones

Si firma una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento Estatal de Servicios Médicos de Texas (Texas Department of State Health Services).

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, preocupación o queja y necesita pedir cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento indica lo que puede hacer. Haga lo que haga — pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja— **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos

Si cree que lo han tratado injustamente o que no han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o país de origen, llame 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a su Oficina local de Derechos Civiles.

Si cree que lo han tratado injustamente o que no han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar con el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al (800) 252-9240 o al (800) 252-3439
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al (800) 252-9240 o al (800) 252-3439
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en:)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Las cosas que debe hacer como miembro de nuestro plan se listan abajo. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener esos servicios cubiertos.** Use este documento *de Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- Los capítulos 3 y 4 dan información sobre los servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica además de nuestro plan, o cobertura de medicamentos con receta por separado, debe informarnos.** En el Capítulo 1 obtiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y cumpliendo su atención.**
 - Para obtener la mejor atención, hable con sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea amable.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros 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, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por nuestro plan, debe 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 se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 7:

Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o preocupación

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para manejar 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 presentar 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 información de este capítulo lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Hay términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. La mayoría de las personas no conocen muchos de estos términos. Para facilitar las cosas, este capítulo usa palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos usar para obtener la ayuda o la información correcta, incluimos estos términos legales cuando damos información para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera ayuda o guía de alguien que no esté conectado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Programa Estatal de Asistencia con 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 de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que está teniendo. También pueden responder preguntas, darle más información y ofrecerle 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.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la manera en que se cubre y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la **Sección 4, Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 9, 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 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluyendo el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos 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 pedir decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan mostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio al que se remite nunca está cubierto en ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a proporcionarle la atención médica que cree que necesita.

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 desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo pedir una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta 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 recibir un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma formal de pedirnos

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede pedir una apelación acelerada o **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 verificar si seguimos correctamente las reglas. Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que quiere decir que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará 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 desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo pedir una revisión de la desestimación.

Si decimos que no a la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 hecha por una organización de revisión independiente no relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare necesitan que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con otros niveles de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratis** de su Programa Estatal de Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe designarse como su representante. Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).

- Para la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, automáticamente se trasladará al Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que lo represente.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos 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 desestimarán. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a pedir a la organización de revisión independiente que 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 asociación de abogados local u otro servicio de remisión. Hay grupos que le prestarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para pedir ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 3 situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos la información para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** 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

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Sección 7:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura terminará muy pronto; (*se aplica únicamente a estos servicios:* atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de que la información se aplique a usted, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios para la atención médica se describen en el Capítulo 4 de el Cuadro de Beneficios Médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo cierta atención médica que quiere y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiera darle, y usted cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, pero dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, y quiere pedirle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le dice que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención en el hospital, atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), vaya a las Secciones 6 y 7 de este capítulo. En estos tipos de atención se aplican reglas especiales.

Sección 5.2 Cómo pedir una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que tiene que ver con su atención médica se llama **determinación de la 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.

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar en el plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos 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 cumplir 2 requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios de atención médica (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para recuperar la función.

Si su médico nos dice que su salud necesita una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.

Si pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud necesita que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico pide la 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 pidió.

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 Si tiene un problema o 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 dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que pide no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario después de la recepción de su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas después de la recepción de 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 tardamos más días, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos 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. Vaya a la Sección 9 para obtener información de quejas).

Para decisiones de cobertura rápida, usamos un plazo expedito

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en el plazo de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos en el plazo de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**. Si tardamos más días, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos más días, puede presentar una *queja rápida*. (Vaya a la Sección 9 de este capítulo para obtener información de quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que pidió, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

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

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama **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 está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud 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 pide una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede pedir la apelación llamándonos. En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Si pide una apelación rápida, haga 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. Los ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para pedir 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.**

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o su médico.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de las 72 horas después de la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario para su salud.
 - 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 tardamos más días, se lo diremos por escrito. No podemos tomar más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si tardamos más días), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que pidió**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en el plazo de las 72 horas después de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que pidió**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 30 días calendario** después de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si es necesario para su condición médica.
 - 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 tardamos más días, se lo diremos por

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si cree que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar una *queja rápida*. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en el plazo de las 24 horas. (Vaya a la Sección 9 para obtener información de quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente 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 a la totalidad de lo que pidió,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en el plazo de **30 días calendario** si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2**Término legal:**

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

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. 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 sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su **expediente del caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente del caso.**
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de las 72 horas** después de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, 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 independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** después de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

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

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de las **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario después de la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en el plazo de las **72 horas** después de la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **las**

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

solicitudes estándar. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explica la decisión.
 - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un 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.
 - Le dice cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay 3 niveles más en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 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 apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La sección 8 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 5 describe cuándo es posible que deba solicitar un 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 la documentación solicitando un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si siguió las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si respondemos sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió las reglas, le enviaremos el pago del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que dice que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

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

- Debemos darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de la recepción de su apelación. Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que 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 afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor en el plazo de 60 días calendario.

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

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios del hospital cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deje el hospital. Ellos ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de irse.

- 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 deje el hospital muy pronto, puede pedir una estancia en el hospital más prolongada y se considerará su solicitud.

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.1 Durante su estancia en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos

En el plazo de los 2 días calendario después de su ingreso en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Lo informa de:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo indique 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 **pedir una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital muy pronto. Esta es una forma formal y legal de pedir un retraso en la fecha de alta, por lo que cubriremos su atención en el hospital por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y comprende sus derechos.

- Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso *únicamente* muestra que obtuvo la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. Guarde su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para ser el alta.
- Para ver una copia de este aviso con antelación, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 6.2 Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios del hospital para pacientes hospitalizados por más tiempo, use 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, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP de Texas está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted. La **organización para la mejora 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 forman parte de nuestro plan.

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

Actúe rápido:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la organización para la mejora 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 este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera recibir la decisión de la organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención en el hospital que reciba después de la fecha de alta planificada.

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Una vez que pida una revisión inmediata de su alta del hospital, la organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con nosotros, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso indica la fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando al Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La organización para la mejora de la 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. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les dimos.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.***¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?***

- Si la organización de revisión independiente dice *que sí*, **debemos seguir proporcionando sus servicios del hospital cubiertos para pacientes hospitalizados siempre que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplica). Además, puede haber limitaciones en sus servicios en el hospital cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión independiente dice que *no*, están diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra**

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

cobertura por servicios en el hospital para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día posterior a que la organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.

- Si la organización de revisión *independiente rechaza su* apelación y decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total de la** atención en el hospital que reciba después del mediodía del día después de que la organización para la mejora 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 rechazó su apelación y permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Hacer otra apelación significa que va al *Nivel 2* del proceso de apelación.

Sección 6.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la organización para la mejora de la calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estancia después de su fecha de alta planificada.

Paso 1: Comuníquese con la organización para la mejora 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 la mejora de la calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de los 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente dice que sí:

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir dando cobertura para su atención en el hospital como paciente hospitalizado durante 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 organización de revisión independiente dice que 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 reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, debe decidir si quiere llevar su apelación más allá yendo al Nivel 3.

- Hay 3 niveles más en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 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 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto.

Cuando recibe **servicios médicos en casa, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación cubiertos (Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de estos 3 tipos de atención para usted, debemos informarle con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

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

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.1 Le informaremos con antelación cuándo finalizará su cobertura**Término legal:**

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le dice cómo puede pedir una **apelación rápida**. Pedir una apelación rápida es una forma formal y legal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. Este aviso le dice:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir la atención por usted.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *únicamente* muestra que recibió la información sobre cuándo se suspenderá su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 7.2 Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si quiere pedirnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, deberá 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, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP de Texas está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora 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 forman parte de nuestro plan.

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización para la mejora 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 la mejora 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 no cumple la fecha límite y quiere presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad usando la información de contacto que está en el Aviso de no cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado también están en el Capítulo 2.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad hace una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona información sobre los motivos para finalizar 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. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le proporciona nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan de su apelación, recibirá la *Explicación detallada de la falta de cobertura* de nuestra parte que da toda la información de nuestras motivos para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan; Los revisores le dirán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aprueban?

- Si los revisores dicen *que sí* a su apelación, entonces **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos siempre que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplica). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen no?

- Si los revisores dicen *que no*, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo los servicios de atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada o Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de esta fecha *cuando* finalice su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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 7.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la organización para la mejora 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 la mejora 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 del Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de los 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión independiente dice que sí?***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para la atención siempre 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 organización de revisión independiente dice que no?

- Eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión tomada respecto a su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará información sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que maneja por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es “no”, debe decidir si quiere llevar su apelación más allá.

- Hay 3 niveles más de apelación después del Nivel 2, para un total de 5 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 Llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones se rechazaron.

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones con apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los dos primeros niveles. Aquí está quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado adjudicador que trabaje 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 derecho a 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 proporcionarle la atención médica en el plazo de 60 días calendario después de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. 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 la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* haber terminado o *no*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos el derecho

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarle o prestarle la atención médica en el plazo de 60 días calendario después de la recepción de la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* 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 con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten ir a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si sí* o *no* a su solicitud. 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 tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones

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, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Capítulo 7 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (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? • ¿Siente que lo están animando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de atención médica? ¿O por nuestro Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o cuando le dan una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso necesario? • ¿Es nuestra información por escrito difícil de entender?
Puntualidad (Este tipo de quejas tienen que ver con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos pidió una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y dijimos que no; Puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; Puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos 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.

Sección 9.2 Cómo hacer una apelación de queja

Términos legales:

Una **queja** también se llama una **queja formal**.

Presentar una queja se llama **presentar una queja formal**.

Usar el proceso para quejas se llama **usar el proceso para presentar una queja formal**.

Una **queja rápida** se llama **queja formal acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY llaman al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio al Cliente se lo hará saber.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta 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 oralmente o por escrito si no está de acuerdo con nuestra decisión de no hacer una determinación acelerada de organización/cobertura o una revisión acelerada de reconsideración/redeterminación. 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 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** 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 tomarnos más días, se lo diremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en el plazo de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema del que se queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 9.3 También puede presentar quejas 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*, tiene 2 opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente a la organización para la mejora de la calidad.**
La organización para la mejora 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 9.4 También puede informar 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/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 **Cómo finalizar su membresía en nuestro plan**

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

- Puede dejar nuestro plan porque decide que *quiere* irse. Las secciones 2 y 3 dan información sobre cómo finalizar 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 deja nuestro plan, nuestro plan debe continuar dándole atención médica y continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 **Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta**

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante ese tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El período de inscripción abierta** 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,
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Capítulo 8 Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

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

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y, para los nuevos miembros de Medicare en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.º mes de derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede:
 - Cámbiese a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancele su inscripción en nuestro plan y obtenga cobertura por medio de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare por separado al mismo tiempo.
- **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 de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

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

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período de Inscripción especial si se aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda.
- 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 finalizar la membresía en nuestro 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 inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como la cobertura de medicamentos con receta.

Usted puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.

Sección 2.4 Obtén más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448** (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- Puede obtener información en el manual ***Medicare y usted 2026***.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 8 Cómo finalizar la membresía en nuestro plan**SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan**

La tabla de abajo explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan médico de Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribáse en el nuevo plan médico de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare separado	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribáse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información de cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si también tiene una cobertura válida de medicamentos con receta (p. ej., un plan de medicamentos de Medicare por separado) y cancela su inscripción en esa cobertura, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más tarde después de no tener una cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más.

Capítulo 8 Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

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 comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos y servicios mediante nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores dentro de la red para obtener atención médica.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estancia en el hospital hasta que le den el alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

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

Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de estas cosas:

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de 6 meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY llaman al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra 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 abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta darle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan (no podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).

Capítulo 8 Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica (no podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
 - Si terminamos su membresía por ese motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.

Si tiene preguntas o quiere obtener más información de cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le piden que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 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 del Seguro Social y las reglamentaciones creadas según la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (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, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por raza, origen étnico, país de origen, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado médico, reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica en el 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 su Oficina local de Derechos Civiles. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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. De acuerdo con las reglamentaciones de CMS en 42 CFR, secciones 422.108 y 423.462, Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce conforme a las reglamentaciones de CMS en los subapartados B a D de la parte 411 de 42 CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 10:

Definiciones

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 ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está 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). Nuestro plan debe cancelar la inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Asistente de atención médica en casa – Una persona que presta servicios que no necesitan las competencias de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados).

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

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

Autorización previa – Aprobación por adelantado para obtener servicios basados en criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Ayuda adicional – Un programa de Medicare 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.

Capítulo 10 Definiciones

Centro de cirugía ambulatoria – Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan hospitalización y cuya estancia esperada en el centro no excede las 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.

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 se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio médico o suministro, como una visita al médico, visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10) y no un porcentaje.

Coseguro – La cantidad que debe pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo de los servicios después de que pague cualquier deducible.

Costos compartidos – Los costos compartidos son las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando se obtienen servicios. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier cantidad de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios; 2) cualquier cantidad fija de copago que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio; o 3) cualquier cantidad de coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio, que un plan requiere cuando se obtiene un servicio específico.

Capítulo 10 Definiciones

Cuidado de compañía – El cuidado de compañía es el cuidado personal que se da en un centro de atención residencial, hospicio u otro entorno de instalación cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de compañía, proporcionado por personas que no tienen competencias o capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una 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.

Cuidados paliativos – Atención médica especializada para personas que viven con una enfermedad grave que se centra en aliviar los síntomas y el estrés de la enfermedad.

Deducible – La cantidad que usted debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

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 organización se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. o pérdida o deficiencia grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME) – Cierta 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 ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, se podría considerar que es un 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

Capítulo 10 Definiciones

seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Facturación del saldo – Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que la cantidad de costos compartidos permitido por nuestro plan. Como miembro de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, solo tiene que pagar las cantidades de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** ni le cobren más de la cantidad de costos compartidos que nuestro plan dice que debe pagar.

Gastos de bolsillo – Vaya a la definición de costos compartidos arriba. El requisito de costos compartidos de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como 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. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige el hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, y los beneficios complementarios 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 lo mismo 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 las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no cuentan para la cantidad del 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.

Médicamente 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 – 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

Capítulo 10 Definiciones

enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que necesita diálisis o un trasplante de riñón).

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 2 partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

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 – Vaya al plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – El programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

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 finaliza cuando no ha recibido atención en el hospital para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 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 – El período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura por medio de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período,

Capítulo 10 Definiciones

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

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO) – Un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro de la red o fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando los beneficios del plan se obtengan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus gastos de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite más alto en sus gastos de bolsillo totales combinados para servicios de proveedores dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

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 para 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 cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Plan médico de Medicare – Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los

Capítulo 10 Definiciones

Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, 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 obtienen sus beneficios de Medicare y Medicaid por medio de nuestro plan.

Plan para necesidades especiales – Un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más centrada para 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.

Plan para necesidades especiales de atención crónica (C-SNP) – C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

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 de nutrición 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

Capítulo 10 Definiciones

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 o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni operados por nuestro plan.

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 sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

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 conlleva disputas de cobertura o pago.

Remisión – Una orden escrita de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

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

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

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye beneficios adicionales, como vista, dental o audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

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 atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y el lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia – Un servicio cubierto por el plan que necesita atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable

Capítulo 10 Definiciones

dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores dentro de la red. Ejemplos de servicios necesarios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de condiciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios preventivos – Atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios de prevención incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Subsidio por bajos ingresos (LIS) – Vaya a Ayuda adicional.

Servicio 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:</p> <p>8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, entre el 1 de octubre - 31 de marzo, excluyendo los principales días festivos.</p> <p>8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.</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>Servicio al Cliente (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También tiene servicios gratis de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, entre el 1 de octubre - 31 de marzo, excluyendo los principales días festivos.</p> <p>8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril - 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.</p>
Escriba a	<p>Memorial Hermann Advantage HMO</p> <p>P.O. Box 19909</p> <p>Houston, TX 77224</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 contacto
Llame al	(800) 252-9240 o (800) 252-3439
TTY	711 o (800) 735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o 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 de 1995, 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 comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

healthplan.memorialhermann.org/medicare

855.645.8448 (TTY 711)

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

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

Copyright © 2025 Memorial Hermann. Se reservan todos los derechos.

**MEMORIAL
HERMANN**
Health Plan
Medicare Advantage Plans