

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 y cobertura de medicamentos como miembro de Memorial Hermann Advantage HMO

Este documento proporciona la información de su cobertura médica y medicamentos de Medicare del 1 de enero al 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:

- Nuestro plan premium y costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- 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 (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., 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. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Memorial Hermann Advantage HMO, lo ofrece Memorial Hermann Health Plan, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Memorial Hermann Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Memorial Hermann Advantage 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, los deducibles o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario), red de farmacias o 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	6
SECCIÓN 1 Usted es miembro de Memorial Hermann Advantage HMO	6
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	7
SECCIÓN 3 Material importante para la membresía	8
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026.....	10
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima de su plan mensual	15
SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan.....	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2: Teléfonos y recursos	20
SECCIÓN 1 Contactos de Memorial Hermann Advantage HMO	20
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare	28
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)	30
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)	31
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	32
SECCIÓN 6 Medicaid	33
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta	34
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)	38
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	39
CAPÍTULO 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos.....	40
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	40
SECCIÓN 2 Usando proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica.....	42
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	45
SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?	48
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	48
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no dedicada a la atención médica.....	50
SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero	51
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)	53
SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos	53

Índice

SECCIÓN 2	La Tabla de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos	55
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	106
CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D		109
SECCIÓN 1	Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan	109
SECCIÓN 2	Surtir su receta en una farmacia dentro de la red o por medio del servicio de pedido por correo de nuestro plan	109
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan	113
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	115
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría	116
SECCIÓN 6	Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año	120
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	122
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	124
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	124
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos	126
CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D		129
SECCIÓN 1	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	129
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de Memorial Hermann Advantage HMO	132
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de beneficios (EOB)</i> de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra	132
SECCIÓN 4	La etapa del deducible	134
SECCIÓN 5	La etapa de cobertura inicial	134
SECCIÓN 6	La etapa de cobertura catastrófica	140
SECCIÓN 7	Lo que paga por las vacunas de la Parte D	140
CAPÍTULO 7: Pedir que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos		143
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	143
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que pague una factura que recibió	146
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no	147

Índice**CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 148**

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales148

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....155

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 157

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o preocupación157

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada157

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema158

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones159

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación162

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....171

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto182

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura terminará muy pronto187

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5.....192

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones.....195

CAPÍTULO 10: Cómo finalizar la membresía en nuestro plan..... 199

SECCIÓN 1 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan199

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?199

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan202

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos por medio de nuestro plan203

SECCIÓN 5 Memorial Hermann Advantage HMO debe cancelar nuestra membresía del plan en ciertas situaciones.....203

CAPÍTULO 11: Avisos legales 206

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable.....206

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación206

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare207

Índice

CAPÍTULO 12: Definiciones 208

CAPÍTULO 1:

Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Memorial Hermann Advantage HMO

Sección 1.1 Está inscrito en Memorial Hermann Advantage HMO, que es una HMO de Medicare

Está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura médica y de medicamentos de Medicare por medio de nuestro plan, Memorial Hermann Advantage 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 Advantage HMO es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización de Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

Sección 1.2 Información legal de la Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Advantage HMO cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de 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 Advantage 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 Advantage 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) debe aprobar Memorial Hermann Advantage 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:

- Usted 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 Planificar el área de servicio para Memorial Hermann Advantage HMO

Memorial Hermann Advantage 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 nuestra área de servicio. 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 (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o medicamentos 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) avisará a Memorial Hermann Advantage HMO si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan sobre esta base. Memorial Hermann Advantage HMO debe cancelar la 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 reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Tarjeta de membresía del plan de muestra:

MEMORIAL HERMANN Health Plan		Memorial Hermann Advantage HMO	
Member Name:	First Last		
Member ID:	MH12345678900		
Group ID:	H7115-001		
Health Plan:	80840		
PCP:	Joe Williams / MHPLN		
Medical Benefits		Pharmacy Benefits	
Deductible: \$0	ER: \$140	RX Bin: 610770	
PCP: \$0	Specialist: \$15	RX PCN: CRXMD	
Urgent Care: \$20 No referral required		RX Group: MHHPCARE	
Health Plan Website: mhhp.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 / mhhp.org/flex			
Provider Services: 855.645.8448 / mhhp.org/providers			
Pharmacy Help Desk: 888.227.7940			
Medical/Behavioral Health Claims: P.O. Box 20167 Tampa, FL 33622		Dental Claims: P.O. Box 401086 Las Vegas, NV 89140	
EDI Payer ID: MHHNP		EDI Payer ID: CX083	
H7115_FLHMOIDCard25_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 la tarjeta de miembro de Memorial Hermann Advantage HMO, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios 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, pierde o se la roban, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY llaman al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/> lista nuestros proveedores dentro de la red actuales y proveedores de equipo médico duradero.

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

Debe usar proveedores dentro de la red para obtener la atención y los servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no está

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

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 Advantage HMO autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más reciente de proveedores y proveedores en nuestro sitio web en <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>.

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 hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* <http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory> tiene una lista de las farmacias de nuestra red. **Las farmacias dentro de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia dentro de la red que quiere usar. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información de cuándo puede usar farmacias que no están dentro de la red de nuestro plan.

Si no tiene un *directorio de farmacias*, puede pedir una copia a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web <http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory>.

Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos con receta están cubiertos según el beneficio de la Parte D incluido en Memorial Hermann Advantage HMO. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados según el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program) se incluirán en su Lista de medicamentos cubiertos a menos que los hayan quitado y reemplazado como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos cubiertos de Memorial Hermann Advantage HMO.

La Lista de medicamentos cubiertos también indica si hay reglas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos cubiertos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-drug-list/> o llame a Servicio al Cliente (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser superior a 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).	\$3,400 anuales
Visitas en el consultorio de atención primaria	\$0 por visita
Visitas en el consultorio de especialistas	\$25 por visita
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado	\$400 por estancia
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6, Sección 4 para obtener más información).	\$200 al año excepto para el Nivel 1, el Nivel 2, los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Copago/Coseguro según corresponda durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel de medicamentos 1: copago de \$0 Usted paga hasta \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 2: copago de \$5 Usted paga hasta \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de nivel 3: 23% de coseguro Usted paga hasta \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de nivel 4: 44% de coseguro Usted paga hasta \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 5: 30% de coseguro Usted paga hasta \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	Etapas de cobertura catastrófica Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos (Sección 4.4)
- Cantidad del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima mensual del plan por separado para Memorial Hermann Advantage HMO.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

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 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros están obligados a pagar una **penalización por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima más que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días o más seguidos en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos válida. La cobertura de medicamentos válida es una cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos válida. Tendrá que pagar esta multa siempre que tenga cobertura de la Parte D.

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

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

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
- Pasó menos de 63 días seguidos sin cobertura válida.
- Tenía cobertura de medicamentos válida por medio de otra fuente (como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o Administración de Salud de Veteranos (VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le dirá cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Puede obtener esta información en una carta o en un boletín de ese plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
 - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura válida de medicamentos con receta que se espera que pague tanto como paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento para medicamentos no son cobertura válida de medicamentos con receta.

Medicare determina la cantidad de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Así es como funciona:

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2026, la cantidad promedio de la prima es de \$38.99. Esta cantidad puede cambiar en 2026.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de multa por la prima base nacional del beneficiario y redondee a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo de aquí, sería el 14% de \$38.99, lo que equivale a \$5.458. Se redondea a \$5.50. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual del plan para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Continuará pagando una multa** todos los meses siempre que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por edad en Medicare.

Si está en desacuerdo con su penalización por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión. Por lo general, debe pedir esta revisión **en el plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba que indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos

Es posible que algunos miembros necesiten pagar un cargo más, conocido como Cantidad del ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo extra se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado según lo reportado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si esa cantidad es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que debe pagar basándose en sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA más, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será esa cantidad extra. La cantidad extra se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal (Office of Personnel Management), sin importar cómo pague normalmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad extra adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad extra, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA extra al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA extra, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

Si no está de acuerdo con el pago de un IRMAA extra, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Cantidad del plan de pago de recetas de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan médico o medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por las recetas que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido entre el número de meses que le quedan en el año.

El Capítulo 2, Sección 7 le da más información sobre el Plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima de su plan mensual

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Hay cuatro (4) formas de pagar la penalización:

Opción 1: Pagar con cheque

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

Memorial Hermann Health Plan, Inc.

P.O. Box 732410

Dallas, TX 75373-2410

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

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

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

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

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

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

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

Opción 4: Hacer que se deduzcan multas por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social**Cambiar la manera como paga la penalización por inscripción tardía en la Parte D.**

Si decide cambiar cómo paga su multa por inscripción tardía en la Parte D, su nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que su multa por inscripción tardía en la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, comuníquese con Servicio al cliente al (855) 645-8448 para obtener ayuda.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D

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

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D, si no la ha pagado, a tiempo, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayudarán con sus costos.

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

Sección 5.2 La prima de nuestro plan mensual no cambiará durante el año

No podemos cambiar la cantidad de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si debe una, o es posible que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si se vuelve elegible para la Ayuda Adicional o pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año.

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

Obtenga más información de la Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 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, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de sus costos compartidos**. Debido a esto, es muy importante que 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
- 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)

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

- 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, díganos, llamando a Servicio al Cliente (855) 645-8448 (los usuarios de TTY llaman al 711).

También es importante que se comuniquen 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 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare exige que recopilamos 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 cuidadosamente. 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 (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 (“pagador secundario”) solo paga si hay costos que no cubren la cobertura principal. El pagador secundario no puede pagar los costos no cubiertos. Si usted no tiene otro seguro, avise a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan médico de grupo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, el que pague primero dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare según su edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

Capítulo 1 Cómo comenzar como miembro

- 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 de grupo pagará primero por los primeros 30 meses después de que adquiere la elegibilidad para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Teléfonos y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Memorial Hermann Advantage HMO

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

Servicio al cliente para atención médica – Información de contacto

Llame al	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los principales días festivos. 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.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.
Escriba a	Memorial Hermann Advantage HMO P.O. Box 19909 Houston, TX 77224-1909
Sitio web	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Capítulo 2 Teléfonos y recursos

Servicio al cliente para medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto**Llame al**

(888) 227-7940

Las llamadas a este número son gratuitas.

Horario de atención:

24 horas al día/7 días a la semana/365 días al año

TTY

711

Las llamadas a este número son gratuitas.

Horario de atención:

24 horas al día/7 días a la semana/365 días al año

Escriba a

Memorial Hermann Health Plan

c/o Capital RX

ATTN: Customer Care

9450 SW Gemini Dr., #87234

Beaverton, OR 97008

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 pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información de cómo pedir decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, vaya al Capítulo 9.

Decisiones de cobertura para la atención médica – Información de contacto

Llame al	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 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	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 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	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos de la Parte D – Información de contacto**

Llame al	(888) 227-7940 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Lunes – viernes: 6:00 a. m. - 7:00 p. m. CST, Sábado – domingo: 7:00 a. m. - 4:00 p. m. CST, Días festivos importantes: 7:00 a. m. - 4:00 p. m. CST
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Lunes – viernes: 6:00 a. m. - 7:00 p. m. CST, Sábado – domingo: 7:00 a. m. - 4:00 p. m. CST, Días festivos importantes: 7:00 a. m. - 4:00 p. m. CST
Fax	(833) 434-0563 (Autorización previa y apelaciones)
Escriba a	Memorial Hermann Health Plan c/o Capital RX ATTN: Prior Authorization 9150 SW Gemini Dr., #87234 Beaverton, OR 97008 o Memorial Hermann Health Plan c/o Capital RX ATTN: Appeals 9150 SW Gemini Dr., #87234 Beaverton, OR 97008
Sitio web	https://caprx.sjc1.qualtrics.com/jfe/form/SV_0iC6n28kOQGzwXA

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**Cómo presentar una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguno de nuestros proveedores o farmacias dentro de la red, incluyendo una queja por 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 9.

Quejas sobre atención médica – Información de contacto

Llame al	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 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 presentar una queja sobre Memorial Hermann Advantage HMO directamente a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Capítulo 2 Teléfonos y recursos

Quejas sobre medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto**Llame al**

(888) 227-7940

Las llamadas a este número son gratuitas.

Horario de atención:

24 horas al día/7 días a la semana/365 días al año

TTY

711

Las llamadas a este número son gratuitas.

Horario de atención:

24 horas al día/7 días a la semana/365 días al año

Escriba a

Memorial Hermann Health Plan

c/o Capital RX

ATTN: Customer Care

9450 SW Gemini Dr., #87234

Beaverton, OR 97008

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento 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 7 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 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago de atención médica – Información de contacto

Llame al	(855) 645-8448 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los principales días festivos.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 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**Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto**

Llame al	(888) 227-7940 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas al día/7 días a la semana/365 días al año
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas al día/7 días a la semana/365 días al año
Escriba a	Memorial Hermann Health Plan c/o Capital RX 9450 SW Gemini Dr., #87234 Beaverton, OR 97008
Correo electrónico	DMR@cap-rx.com
Sitio web	https://healthplan.memorialhermann.org/-/media/memorial-hermann/healthplan/files/medicare/2025/13_h7115_phdcf25_c-drug-claim-form.pdf

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

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**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 • 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 de evaluación, inyecciones o vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, centros de atención residencial, hospitales, médicos, agencias médicas en el hogar, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención de largo plazo. • Busque sitios web y teléfonos útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Memorial Hermann Advantage 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 Médica, Consejería y Defensa (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.

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

Llame al	(800) 252-9240 o (800) 252-3439
TTY	(800) 735-2989 Este número necesita 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.

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)

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

Escriba a	Acentra Health 5201 W Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	https://www.acentraqio.com/bene/statepages/texas/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social diciendo que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento de cambio de vida, puede llamar al Seguro Social para pedir la reconsideración.

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

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**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.

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 Servicios Humanos y Salud 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 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información de formas de reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los programas listados abajo pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para personas con ingresos y recursos limitados. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos, el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. La Ayuda Adicional también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para la Ayuda Adicional, Medicare le enviará por correo una carta morada para informarle. Si no califica automáticamente, puede enviar una solicitud en cualquier momento. Para ver si califica para recibir Ayuda Adicional:

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para enviar una solicitud en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando envía una solicitud para Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales dan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que les indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si califica para la Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia de la cantidad correcta del copago. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una copia del documento del estado que confirme la condición de “activo” en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una impresión del archivo electrónico del estado que muestre la condición de “activo” en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;

Capítulo 2 Teléfonos y recursos

- Una captura de pantalla del sistema de Medicaid del estado que muestre la condición en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una carta de SSA que muestre que la persona recibe SSI, o
- Una solicitud presentada por la persona considerada elegible en la que se confirme que el beneficiario es “automáticamente elegible para la ayuda adicional” (publicación de SSA HI03004.605).
- Cuando obtengamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, le devolveremos el dinero, ya sea con cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted le debe una deuda, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagarle directamente al estado. Llame a Servicio al Cliente (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

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

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tiene “Ayuda adicional” y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) de ADAP califican para recibir ayuda para los costos compartidos de medicamentos con receta por medio del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP).

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y estado sin seguro/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, avise a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP) al número de llamada sin costo (800) 255-1090.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica**

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a las personas a pagar por los medicamentos con receta, basado en la necesidad económica, la condición médica o las discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para dar cobertura de medicamentos a sus miembros.

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

Programa de Texas de Atención Médica Renal y Programa Estatal de Texas de Asistencia de Farmacia para el VIH (SPAP) – Información de contacto

Llame al	(800) 222-3986 - Programa de Texas de Atención Médica Renal El horario es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes. (800) 255-1090 - Programa Estatal de Texas de Asistencia de Farmacia para el VIH (SPAP) El horario es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes.
TTY	711 o (800) 735-2989 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
Escriba a	Texas Kidney Health Care Program Department of State Health Services MC 1938 P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9947 Correo electrónico: khc@hhsc.state.tx.us Texas HIV State Pharmacy Assistance Program (SPAP) MSJA, MC 1873 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347 Email: hivstd@dshs.texas.gov

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**Programa de Texas de Atención Médica Renal y Programa Estatal de Texas de Asistencia de Farmacia para el VIH (SPAP) – Información de contacto****Sitio web**

Texas Kidney Health Care Program

<https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care>

Texas HIV State Pharmacy Assistance Program (SPAP)

<https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm>**Plan de Pago de Recetas de Medicare**

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo **del año calendario** (enero — diciembre). Toda persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago.

Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y sigue en el mismo plan de la Parte D, su participación de renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información de esta opción de pago, llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare – Información de contacto**Llame al**

(888) 227-7940

Las llamadas a este número son gratuitas.

Horario de atención: 24 horas al día/7 días a la semana/365 días al año

Servicio al Cliente (888) 227-7940 (los usuarios de TTY llaman al 711) también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY

711

Las llamadas a este número son gratuitas.

Horario de atención: 24 horas al día/7 días a la semana/365 días al año

Capítulo 2 Teléfonos y recursos**Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare – Información de contacto**

Escriba a	Memorial Hermann Health Plan c/o Capital RX ATTN: M3P Elections 9450 SW Gemini Dr., #87234 Beaverton, OR 97008
Correo electrónico	M3P-Election@cap-rx.com
Sitio web	https://mhhp.org/m3p

SECCIÓN 8 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 RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. el 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.
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 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio al Cliente (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.

Si tiene otra cobertura de medicamentos por medio de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

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 la Tabla 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.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipo y medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se listan en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. En el Capítulo 5 se discuten los servicios cubiertos de medicamentos con receta.

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

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

Normalmente, Memorial Hermann Advantage HMO cubre la atención médica siempre que:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan en el** Capítulo 4.

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

- **La atención que recibe se considera 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.
- **Tiene un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (vaya a la Sección 2.1 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 la atención 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, paga lo mismo que pagaría 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 Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, sus costos compartidos no pueden ser más 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 Usando proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

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

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

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

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

¿Cómo elegir un PCP?

Como miembro de Memorial Hermann Advantage 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 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 la tabla 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.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

- 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, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado 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 9).

Sección 2.3 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Normalmente, este plan no da cobertura para servicios recibidos de proveedores fuera de la red. Sin embargo, 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 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

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

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:

- Acude a un proveedor dentro de la red para recibir la atención extra, o
- 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 este servicio de los proveedores dentro de la red. Ejemplos de servicios necesarios de

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

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, “Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)” para ver el copago que se aplica a los servicios que se presten en el consultorio del médico o que preste un proveedor de atención de urgencia.

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

Sección 3.3 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. Si no puede usar una farmacia dentro de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Si pagó más que los costos compartidos de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Vaya al Capítulo 7 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 Advantage HMO cubre todos los servicios médicamente necesarios como se lista en la Tabla 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, ustedes 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 prestan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que necesitan un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluyendo ciertos beneficios que necesitan cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de 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 muestre cuántos costos compartidos pagó. Vaya al Capítulo 7 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 pagaría 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.
- Productos 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 prestados por los patrocinadores de la investigación gratuitamente 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 *Medicare and Clinical Research Studies*, 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 dedicada a la atención médica

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención médica no médica

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 de atención médica religiosa no médica. 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 de atención médica religiosa no médica

Para recibir atención de una institución de atención médica religiosa no médica, 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 de atención médica religiosa no médica. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero

Sección 7.1 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 Advantage HMO, por lo general no obtendrá la propiedad de los artículos DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo aunque 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

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo 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 DME aunque estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo 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 Advantage HMO cubrirá:

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

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

¿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 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:

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

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

La tabla de beneficios médicos hace una lista de sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Memorial Hermann Advantage 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. (La Tabla 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. (La Tabla 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 \$3,400.

Capítulo 4 Tabla 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. Las cantidades que paga por los medicamentos de la Parte D no cuentan para su cantidad del máximo de gastos de bolsillo. 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 la Tabla de beneficios médicos). Si alcanza la cantidad del máximo de gastos de bolsillo de \$3,400, 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 Advantage HMO, usted tiene una protección importante porque después de cumplir los deducibles, solo tiene que pagar la cantidad de sus costos compartidos cuando recibe los 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 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 La Tabla de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes hace una lista de los servicios que cubre Memorial Hermann Advantage HMO y lo que paga como gastos de bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios listados en la Tabla 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 haya recibido la aprobación previa del plan médico. 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 la Tabla 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.

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

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 & You 2026*. 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, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.

Cuadro de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que paga
 Examen médico de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido de evaluación una sola vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta evaluación 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.	No hay que pagar coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen médico preventivo.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días según las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:	\$20.00 de copago por cada visita de terapia de acupuntura cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) • 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. Se cubrirán 8 sesiones más para pacientes que muestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o hay retroceso. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]), pueden aplicar acupuntura de acuerdo con los requisitos correspondientes del estado. 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: • 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.	

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) 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.	
Servicios de ambulancia 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.	\$250.00 de copago por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por viaje de ida. 20% de coseguro por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare por viaje de ida. Se necesita autorización previa para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare que no sean de emergencia por tierra o aire. Los servicios de ambulancia terrestre que no son de emergencia solo están disponibles para traslados de centro a centro.
 Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Medición de la masa ósea 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.	No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare
 Examen médico de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre 35 y 39 años de edad • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de más de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación están cubiertos para los miembros que cumplan ciertas condiciones con la orden de un médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$25.00 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare..

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de evaluación 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).	No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.
 Examen médico de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • 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	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación de la columna para corregir una subluxación	\$20.00 de copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	Los costos compartidos de este servicio variarán según los servicios individuales prestados durante el curso del tratamiento.
 Examen de cáncer colorrectal Se cubren los siguientes exámenes: - 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 de alto riesgo después de una colonoscopia de evaluación anterior. - 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 evaluación. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba médica de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y quita un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se vuelve un examen de diagnóstico y está sujeto a copago/coseguro. \$25.00 de copago por procedimientos o pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Examen de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de más de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de haberse sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo de la última colonografía por sigmoidoscopia flexible o tomografía computarizada. • Pruebas 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. • El examen de detección de cáncer colorrectal incluye una colonoscopia de evaluación de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal no invasivo basado en heces cubierto por Medicare dé un resultado positivo. • El examen de detección de cáncer colorrectal incluye una sigmoidoscopia flexible de evaluación planificada o una colonoscopia de detección que implica la extirpación de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado y en el mismo encuentro clínico que la prueba de evaluación.	

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Examen de cáncer colorrectal (continuación) • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o de la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de más de 45 años sin alto riesgo. Al menos una vez cada 48 meses después del último enema de bario de detección o de la sigmoidoscopia flexible de detección.	
Servicios dentales 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: <u>Los siguientes servicios preventivos:</u> • Examen bucal • Radiografías dentales. • Profilaxis (limpiezas) • Tratamientos con fluoruro <u>Otros servicios preventivos:</u> • Selladores • Mantenedores de espacio	\$20.00 de copago por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare. Beneficio máximo anual del plan de \$2,500.00 <u>Servicios de prevención</u> 0% de coseguro dentro de la red para: • 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 20% de coseguro por los servicios preventivos fuera de la red <u>Otros servicios preventivos</u> <u>Selladores</u> Copago de \$8.80 por diente dentro de la red, o 50% de coseguro fuera de la red.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios dentales (continuación) <u>Los siguientes servicios integrales:</u> • Diagnóstico • Restaurativo • Periodoncia • Endodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otras cirugías bucales/ maxilofaciales, otros servicios • Servicios que no sean de rutina 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. Las visitas de teleodontología dentro y fuera de la red están cubiertas con un coseguro del 0% (máximo 2 visitas por año del plan). 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.	<u>Mantenedores de espacio</u> Copago de \$52.80 por cuadrante dentro de la red, o 50% de coseguro fuera de la red. <u>Servicios integrales</u> <u>Servicios de diagnóstico</u> \$0.00 de copago dentro de la red o 20% de coseguro fuera de la red. <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. <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. <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. <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. <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.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios dentales (continuación)	<u>Otras operaciones bucales/ maxilofaciales, otros servicios</u> De \$24.20 de copago a \$1129.70 de copago dentro de la red, dependiendo del tipo y la intensidad del servicio, o 50% de coseguro fuera de la red. <u>Servicios que no son de rutina</u> Los copagos dentro de la red dependen del tipo de servicio. 50% de coseguro fuera de la red. Se aplican limitaciones a los servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, otras cirugías bucales/maxilofaciales y otros servicios.
 Evaluación de depresión Cubrimos un examen médico de depresión al año. El examen médico se debe hacer en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de evaluación de la depresión.
 Examen médico de diabetes Cubrimos esta prueba (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. Puede ser elegible para hasta 2 exámenes de evaluación de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de evaluación de diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de evaluación de diabetes cubiertas por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Servicios y suministros para capacitación del control de su propia diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (los que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear su glucosa en la sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de 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. • La capacitación para el manejo de su propia diabetes está limitada a veinte (20) sesiones por año calendario. Los monitores continuos de glucosa (CGM) están limitados a nuestros fabricantes preferidos, DexCom y Freestyle Libre. Es posible que únicamente cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para sus necesidades médicas.	0% de coseguro por marcas preferidas exclusivas de glucómetros y tiras reactivas. Las marcas preferidas son Roche (Accu-Chek) y Ascencia (Contour). 20% de coseguro por todos los otros suministros para diabéticos cubiertos por Medicare. 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]). 0% de copago por capacitación para el manejo personal de la diabetes cubierta por Medicare. 20% de coseguro por plantillas o zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por marcas preferidas de CGM (Dexcom y Freestyle Libre) en una farmacia dentro de la red (comercio). Todas las demás marcas están sujetas a una revisión de necesidad médica.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)**Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados**

(Para una definición de equipo médico duradero, vaya al Capítulo 12 y al Capítulo 3).

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.

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>.

Los monitores continuos de glucosa (CGM) están limitados a nuestros fabricantes preferidos, DexCom y Freestyle Libre. Es posible que únicamente cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para sus necesidades médicas.

20% de coseguro por equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.

Se exige autorización previa para artículos de más de \$500.00.

0% de coseguro para suministros de pruebas para diabéticos cubiertos por Medicare (glucómetro, tiras reactivas) de proveedores preferidos Roche (Accu-Chek) y Ascencia (Contour).

20% de coseguro por suministros de prueba no preferidos para diabéticos.

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]).

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.

20% de coseguro por marcas preferidas de CGM (Dexcom y Freestyle Libre) en una farmacia dentro de la red (comercio). Todas las demás marcas están sujetas a revisión de la necesidad médica.

Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro cada mes.

Sus costos compartidos no cambiarán después de que esté inscrito durante 36 meses.

Si por 36 meses pagó el alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno antes de inscribirse en Memorial Hermann Advantage HMO, sus costos compartidos en Memorial Hermann Advantage HMO son un coseguro del 20%.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que: • Presta un proveedor calificado para prestar servicios de emergencias, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de 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. 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. La cobertura es mundial y no se limita a los Estados Unidos o a sus territorios. 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.*	\$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. \$150.00 USD de copago por servicios de emergencias en todo el mundo. Sin copago si lo ingresan en un plazo de 48 horas.* 20% de coseguro por servicios de transporte de emergencia en todo el mundo.* Beneficio máximo de \$50,000 USD por servicios de emergencias en todo el mundo, por año de beneficios.* Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se establezca su condición de emergencia, debe cambiarse a un hospital dentro de la red para que su atención continúe estando cubierta O debe tener su atención para pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan y su costo son los costos compartidos que pagaría en un hospital dentro de la red.* *Se necesita un aviso de ingreso en el plazo de 24 horas. El uso de hospitales o proveedores fuera de la red puede tener como consecuencia la facturación del saldo por parte del proveedor u hospital.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Programas de educación para la salud y bienestar Incluye los programas de abajo: • 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 - Teladoc: Disponible 24/7 en todo el país. Puede registrarse o iniciar sesión en Teladoc en https://www.teladoc.com/. - Memorial Hermann: 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: ○ Ser miembro de un gimnasio o centro de fitness Silver & Fit que participa en Memorial Hermann El programa básico Advantage 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	\$0.00 de copago para examen físico anual integral. \$0.00 de copago por servicios de la línea médica de enfermería disponible 24/7, por medio del número gratuito exclusivo (855-577-7979). \$0.00 de copago por consultas telefónicas con el médico, disponibles 24/7 en todo el país por medio de Teladoc. \$0.00 de copago por consultas virtuales por medio de Memorial Hermann. Horario limitado en todo Texas. \$0.00 de copago por el programa de fitness por medio del programa de kit de ejercicio en casa.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Programas de educación para la salud y bienestar (continuación) ○ Una línea directa gratuita para responder preguntas sobre el programa Se debe usar un club de fitness contratado disponible en toda el área de servicio. Las ofertas de clases específicas varían según el lugar. Para obtener más información, visite: https://www.silverandfit.com. • Servicios de transporte Comuníquese con Modivcare al (855) 330-9138 o visite https://www.mymodivcare.com para pedir su viaje al menos 3 días laborables antes de su cita. • Comidas Beneficio de comidas relacionadas con la salud de duración limitada inmediatamente después de una hospitalización como paciente ingresado o de una operación ambulatoria. Llame al Servicio al cliente al (855) 645-8448 para obtener más información. • Artículos de venta libre (OTC) Nuestro plan ofrece una asignación para ciertos artículos de venta libre. Llame al Servicio al cliente al (855) 645-8448 para obtener más información. Los fondos <u>no</u> se transfieren si no se usan.	El plan proporciona al año hasta 20 traslados de ida o de vuelta a un lugar relacionado con la salud. (Incluye taxi, servicios de viajes compartidos, autobús, metro, van y transporte médico). 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. \$50.00 de beneficio máximo del plan cada tres (3) meses por artículos de OTC.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Programas de educación para la salud y bienestar (continuación) • Comida y productos agrícolas (comida) Beneficio trimestral de comestibles. Los fondos <u>no</u> se transfieren si no se usan. • Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard) Para obtener más información sobre los servicios de audición, consulte la página 64. Para obtener más información sobre la atención de la visión, consulte la página 87. Para obtener más información, visite nuestra Página de Flex Card en: https://mhhp.org/flex. Consulte el saldo de su Flex Card en: https://mhhp-flex.org.	\$80.00 de beneficio trimestral para comestibles. <u>La Flex Card incluye tres (3) categorías de gasto:</u> <u>Oído</u> Asignación anual de \$ 500.00 para gastar según sea necesario en aparatos auditivos. <u>Vista</u> Asignación anual de \$ 500.00 para gastar según sea necesario en anteojos. <u>Venta libre (OTC)</u> \$75.00 de asignación trimestral para productos de OTC relacionados con la salud que se obtengan por medio de su farmacia local o del catálogo de Medline que encontrará en https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage. <u>Beneficio de comestibles</u> \$80.00 de beneficio de comestibles se agregarán a Flex Card una vez por trimestre. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP de USDA.
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio hechas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las hace un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	\$20.00 de copago por examen de audición anual cubierto por Medicare. \$0.00 de copago por examen hecho por un audiólogo para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de audición (continuación) Además, su plan Memorial Hermann Advantage HMO cubre: • Exámenes de audición de rutina • Evaluación/ajuste de audífonos • Audífono	\$0.00 de copago por exámenes de rutina de la audición. \$0.00 de copago por un ajuste/evaluación de aparatos auditivos. \$0.00 de copago por exámenes de audición y de equilibrio básicos hechos por un médico de atención primaria. Beneficio anual de \$ 500.00 para la compra de aparatos auditivos (ambos oídos combinados).
 Prueba de detección del VIH Para las personas que piden una prueba de evaluación del VIH o que tienen más riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de evaluación durante un embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Cuidados paliativos en casa 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para los cuidados paliativos en casa cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención de una agencia de atención médica en casa 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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	\$0.00 de copago por cada visita médica a domicilio cubierta por Medicare. Se exige autorización previa.
Terapia de infusión en casa La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	20% de coseguro por terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare. 20% de coseguro por quimioterapia y medicamentos de radiación cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. 20% de coseguro (hasta \$35.00) para la insulina cubierta de la Parte B.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Terapia de infusión en casa (continuación) • Servicios profesionales, incluyendo los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención • Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera según el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia • Los servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa prestados un proveedor calificado de terapia de infusión en casa • Los servicios de infusión a domicilio también pueden incluir quimioterapia, antiinfecciosos y otros medicamentos especializados para tratar diversas condiciones.	Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.
Cuidados de hospicio 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. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en casa	Si se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los pagará Medicare original, no Memorial Hermann Advantage HMO. Se exige autorización previa.

Servicio cubierto	Lo que paga
Cuidados de hospicio (continuación) 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. 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. 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). • 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	

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Cuidados de hospicio (continuación) Para servicios cubiertos por Memorial Hermann Advantage HMO, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: Memorial Hermann Advantage HMO continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos según la Parte A o B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos de nuestro plan por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal en el hospicio, usted pagará los costos compartidos. Si están relacionados con su condición de hospicio terminal, usted paga los costos compartidos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, vaya al Capítulo 5, Sección 9.4). 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. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
 Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen: • Vacunas contra la neumonía	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y del COVID-19.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Vacunas (continuación) • 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 También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Vaya al Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados Incluye servicios para condiciones de casos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital para pacientes hospitalizados 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. Días ilimitados por período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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)	\$400.00 de copago por cada estancia en el hospital como paciente hospitalizado cubierto por Medicare Se exige autorización previa. 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.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias de paciente hospitalizado En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante dentro de la red son fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir obtenerlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Memorial Hermann Advantage 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.	

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación) • Todos los servicios relacionados con trasplantes exigen autorización previa. Hay servicios de administración de casos para ayudar a coordinar los servicios necesarios. Ingre: 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	
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. Obtenga más información en la hoja informativa de <i>Medicare Beneficios hospitalarios 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. 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.	

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estancia en un hospital. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para atención médica mental para pacientes ingresados. Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para pedir ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud conductual o para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted.	\$400.00 de copago por cada estancia de servicios de salud mental para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare. Se exige autorización previa.
Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una estancia de paciente hospitalizado no cubierta 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: • 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	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. 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.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una estancia de paciente hospitalizado no cubierta (continuación) • Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que remplazan 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	
 Terapia médica de nutrición 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. 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 necesita tratamiento el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Terapia médica de nutrición (continuación) La terapia médica de nutrición está limitada a tres (3) horas en el primer año calendario. Tres horas equivalen a doce (12) sesiones individuales. Los demás años se limitan a dos (2) horas por año calendario. Dos horas equivalen a ocho (8) sesiones individuales.	
 Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios MDPP están cubiertos para personas elegibles según todos los planes médicos de Medicare. 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.	No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare 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: • 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) • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan	20% de coseguro por medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare, incluyendo inyecciones para la alergia. 20% de coseguro por quimioterapia y medicamentos de radiación cubiertos de la Parte B. 20% de coseguro (hasta \$35.00) para la insulina cubierta de la Parte B. 20% de coseguro por las marcas de CGM preferidas en una farmacia de la red (local). Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • 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. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • 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.	Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B. La cantidad que paga por los medicamentos reembolsables de la Parte B se reducirá si el precio del medicamento ha aumentado a un ritmo superior a la tasa de inflación. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B, y la cantidad que usted paga por ellos, puede cambiar cada trimestre (enero, abril, julio, octubre); sin embargo, nunca pagará más de lo que cuestan sus medicamentos de la Parte B.

Servicio cubierto	Lo que paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • 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. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos contra el cáncer por vía oral, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted use como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas después de la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) 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	

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas 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) 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. También cubrimos algunas vacunas según la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que se cubran los medicamentos con receta. Lo que paga por los medicamentos de la Parte D por medio de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. Los monitores continuos de glucosa (CGM) están limitados a nuestros fabricantes preferidos, DexCom y Freestyle Libre. Es posible que únicamente cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para sus necesidades médicas.	

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Pruebas y terapia de obesidad para promover la pérdida de peso prolongada 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. La terapia conductual de orientación sobre la obesidad está limitada a veinte (20) sesiones por año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para evaluación de obesidad y la terapia preventiva.
Servicios del programa de tratamiento por opioides 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: • 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	\$25.00 de copago por cada visita del programa de tratamiento a base de opioides cubierto por Medicare. \$400.00 de copago por cada estancia en el hospital como paciente hospitalizado cubierto por Medicare Se exige autorización previa.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios del programa de tratamiento por opioides (continuación) 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.	
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 3 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	\$0.00 de copago por cada radiografía cubierta por Medicare. \$25.00 de copago por cada servicio de radiología terapéutica cubierta por Medicare. \$25.00 de copago por cada procedimiento o prueba diagnóstica cubiertos por Medicare. Copago de \$0.00 por ultrasonido de diagnóstico. \$150.00 de copago por cada servicio complejo de imágenes de diagnóstico cubierto por Medicare (p. ej., CT, MRI y PET). 20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare. \$0.00 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. \$0.00 de copago por servicios de hematología cubiertos por Medicare. Se exige autorización previa para los servicios complejos de imágenes de diagnóstico (CT, MRI, PET, etc.).

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Observación de pacientes ambulatorios en el hospital Los servicios de observación son servicios en el hospital para pacientes externos proporcionados para determinar si es necesario ingresarlo como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta. Para que 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. 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. Obtenga más información en la hoja informativa de <i>Medicare Beneficios hospitalarios 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.	\$200.00 de copago por cada visita de observación en el hospital de pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. Se exige autorización previa.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo 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.	\$150.00 de copago por cada cirugía ambulatoria en un hospital cubierta por Medicare. Copago de \$125.00 por cada operación ambulatoria cubierta por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. \$200.00 de copago por cada visita de observación en el hospital de pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. \$0.00 de copago por cada radiografía cubierta por Medicare. \$25.00 de copago por cada servicio de radiología terapéutica cubierta por Medicare. \$25.00 de copago por cada procedimiento o prueba diagnóstica cubiertos por Medicare. Copago de \$0.00 por ultrasonido de diagnóstico. \$150.00 de copago por cada servicio complejo de imágenes de diagnóstico cubierto por Medicare (p. ej., CT, MRI y PET). 20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare. \$0.00 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. \$50.00 de copago al día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. 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.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: 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. 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.	\$0.00 de copago por cada sesión de terapia individual o grupal cubierta por Medicare, que no sea con un médico. \$0.00 de copago por cada sesión individual o grupal de telesalud de salud mental cubierta por Medicare, que no sea con un médico. \$25.00 de copago por cada sesión individual o grupal de terapia cubierta por Medicare con un psiquiatra. \$25.00 de copago por cada sesión individual o grupal de telesalud con un psiquiatra cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se dan en diversos entornos de paciente ambulatorio, como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Clínicas de rehabilitación exhaustiva de paciente ambulatorio (CORF).	\$25.00 de copago por cada visita de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Servicios no residenciales prestados para tratar la adicción a las drogas o al alcohol sin uso de farmacoterapias. Los servicios pueden incluir servicios intensivos ambulatorios (atención todo el día durante varios días) y orientación tradicional (una o algunas horas al día, en general una vez a la semana o una vez cada dos semanas).	\$25.00 de copago por cada sesión individual o en grupo por abuso de sustancias cubierta por Medicare. \$25.00 de copago por cada sesión de telesalud individual o en grupo por abuso de sustancias con un psiquiatra cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias (continuación) 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.	
Cirugía de paciente ambulatorio, incluyendo los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria 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.	\$125.00 de copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. \$150.00 de copago por cada visita de cirugía en el hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. Se exige autorización previa.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios <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, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.	\$50.00 de copago al día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Se exige autorización previa.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios (continuación) <i>El servicio ambulatorio intensivo 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.</i>	
Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • 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.	\$0.00 de copago por cada visita en el consultorio del médico de atención primaria cubierta por Medicare. \$0.00 de copago por cada consulta de telesalud con un médico de atención primaria cubierta por Medicare. \$25.00 de copago por cada visita cubierta por Medicare en el consultorio con un especialista. \$25.00 de copago por cada consulta de telesalud con un especialista cubierta por Medicare. \$30.00 de copago por cada consulta de telesalud necesaria de urgencia cubierta por Medicare. \$0.00 de copago por cada sesión individual o grupal de telesalud de salud mental cubierta por Medicare, que no sea con un médico.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios del médico/proveedor de atención médica, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación) • 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: ○ 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: ○ 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	\$25.00 de copago por cada sesión individual o grupal de telesalud con un psiquiatra cubierta por Medicare. \$25.00 de copago por cada sesión individual o grupal de telesalud por abuso de sustancias cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios del médico/proveedor de atención médica, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación) • Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico en el plazo de 24 horas, si: ○ No es paciente nuevo y ○ La evaluación no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la operación • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la operación de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico) • Consultas virtuales disponibles mediante Memorial Hermann. Horario limitado en todo Texas. https://www.memorialhermann.org/services/specialties/atención virtual/ • Se pueden hacer consultas telefónicas con el médico 24/7 en todo el país por medio de Teladoc. Visite https://www.teladoc.com/	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espón calcáneo)	\$25.00 de copago por cada visita cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de podología (continuación) Atención de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores	
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH 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. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: - Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si está recibiendo un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo de inyección del medicamento. - 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 pruebas de evaluación del VIH cada 12 meses. Una prueba única del virus de la hepatitis B.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
 Pruebas de diagnóstico del cáncer de próstata Para los hombres de más de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses: - Examen rectal digital - Prueba de antígeno prostático específico (APE)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados 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>Cuidado de la vista</i> más adelante en esta tabla para obtener más información.	20% de coseguro por suministros relacionados con dispositivos protésicos u ortopédicos cubiertos por Medicare. Se exige autorización previa para artículos de más de \$500.00.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico de atención directa de su enfermedad respiratoria crónica.	\$25.00 de copago por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
 Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol Cubrimos una prueba de evaluación de abuso de alcohol para adultos (incluyendo mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare y orientación para reducir el beneficio preventivo abuso de alcohol.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol (continuación) Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) con un médico o proveedor de atención primaria en un entorno de atención primaria.	
 Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, un LDCT está cubierto cada 12 meses. 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 evaluación 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de orientación y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para el LDCT.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) <i>Para las pruebas de evaluación de cáncer de pulmón LDCT después de la prueba de evaluación inicial de LDCT: los miembros deben obtener una orden para la evaluación de cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un proveedor de atención calificado que no sea médico. Si un médico o un proveedor de atención calificado no médico elige proporcionar orientación sobre evaluación de cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones para exámenes posteriores de evaluación de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</i>	
 Examen de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos un examen 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: • Tiene un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945-1965. Si nació entre 1945-1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su examen de detección de hepatitis C negativo anterior), cubrimos los exámenes de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen médico del virus de la hepatitis C cubierto por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Pruebas médicas para infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenir las STI Cubrimos pruebas de detección de las enfermedades de transmisión sexual (STI) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la Hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de STI cuando las pruebas las ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba médica cubierta por Medicare para las STI y orientación para el beneficio preventivo de STI.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con 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	20% de coseguro por tratamiento de diálisis renal ambulatoria cubierto por Medicare. Incluye tratamiento de diálisis en casa y en el centro. \$0.00 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación) • 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) 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.	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (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).	Por cada estancia en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare: Días 1 – 20: \$0.00 de copago al día. Días 21 – 100: \$125.00 de copago por día.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comida, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos 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 (3) pintas de sangre que reciba en un año natural, 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	Se exige autorización previa.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) 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. • 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	
 Eliminación del uso del tabaco (orientación para dejar de fumar y usar tabaco) La orientación para dejar de fumar y dejar el uso del tabaco está cubierta para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen estos criterios: • 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 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).	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. Están cubiertas hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • 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. 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.	\$25.00 de copago por cada sesión de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
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, 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. La cobertura es mundial y no se limita a los Estados Unidos o a sus territorios. 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.*	\$30.00 de copago por cada visita en una clínica de atención de urgencia o sin cita previa cubierta por Medicare. \$30.00 de copago por cada consulta de telesalud por servicios necesarios de urgencia cubierta por Medicare. \$30.00 USD de copago por servicios de atención de urgencia en todo el mundo.*

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • 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 de detección 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 • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. Si 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.	\$20.00 de copago por exámenes de la vista cubiertos por Medicare. \$0.00 de copago por examen médico de glaucoma cubierto por Medicare.
Además, su plan Memorial Hermann Advantage HMO cubre: • Exámenes de rutina de la vista • Anteojos y lentes: lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas); mejoras	\$0.00 de copago para exámenes de rutina de la vista. Beneficio máximo anual del plan de \$500.00 para anteojos (por ejemplo., lentes de anteojos, monturas de anteojos, lentes de contacto).

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Visita preventiva de bienvenida a Medicare Nuestro plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenido a Medicare</i> . La visita incluye una revisión médica, e información y orientación sobre los servicios de prevención que necesita (incluyendo ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otra atención si es necesario. 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> .	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i> .

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.

La tabla 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 hemos tomado de no cubrir un servicio médico, vaya al Capítulo 9, Sección 5.3).

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

Servicios que Medicare no cubre	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor crónico de espalda baja en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo. Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción del seno después de la mastectomía y también del seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
Cuidado de compañía El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse	No están cubiertos en ningún caso
Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos. 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.	Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Vaya al Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información de estudios de investigación clínica)
Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.	No están cubiertos en ningún caso
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa.	No están cubiertos en ningún caso
Comidas de entrega en casa	No están cubiertos en ningún caso
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda doméstica básica, incluyendo la limpieza ligera o la preparación de comidas ligeras	No están cubiertos en ningún caso
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternos).	No están cubiertos en ningún caso

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

Servicios que Medicare no cubre	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención dental que no es de rutina	La atención dental que no es de rutina que se necesita para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente hospitalizado o ambulatorio.
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies	Los zapatos que son parte de una prótesis de pierna y que se incluyen en el costo de la prótesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No están cubiertos en ningún caso
Habitación privada en un hospital.	Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta	No están cubiertos en ningún caso
Atención quiropráctica de rutina	Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, y otras ayudas para la vista deficiente.	Un par de anteojos con monturas estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada operación de cataratas que implanta una lente intraocular.
Atención de rutina de los pies	Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con las directrices de Medicare, (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Los servicios considerados no son razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No están cubiertos en ningún caso

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Vaya a la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro proveedor que receta) una receta que sea válida según la ley estatal aplicable.
- El proveedor que receta no debe estar en las listas de exclusiones de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia dentro de la red para surtir su receta (vaya a la Sección 2) o puede surtir su receta por medio del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento necesite la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Vaya a la Sección 4 de este capítulo para obtener más información)

SECCIÓN 2 Surtir su receta en una farmacia dentro de la red o por medio del servicio de pedido por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias dentro de la red de nuestro plan. (Vaya a la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

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

Sección 2.1 Farmacias dentro de la red**Busque una farmacia dentro de la red en su área**

Para buscar una farmacia dentro de la red, vaya a su *directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (<http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory>) o llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias dentro de nuestra red.

Si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa sale de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para buscar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el *Directorio de farmacias*. También puede buscar información en nuestro sitio web en <http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory>.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en casa.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (conocido también como LTC). Generalmente, un centro LTC (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Las farmacias que sirven el Programa de salud de indígenas/de salud tribal/salud de indígenas urbanos (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que necesitan un manejo especial, coordinación de proveedores o información de su uso. Para encontrar una farmacia especializada, vaya a su *directorio de farmacias* <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacybenefits/pharmacy-directory> o llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados por medio de pedidos por correo son medicamentos que toma habitualmente, para una condición médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles por medio del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados con un símbolo más de (>) en nuestra Lista de medicamentos cubiertos.

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

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

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

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si quiere surtir el medicamento de inmediato o en un momento posterior. Es importante responder cada vez que la farmacia se comunique con usted, para avisarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Resurtidos en recetas enviadas por correo.

Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Según este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestran que debe estar cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamentos, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficientes medicamentos o si su medicamento ha cambiado.

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

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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos de largo plazo

Cuando obtiene un suministro de largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser más bajo. Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro de largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que toma periódicamente para una condición crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias de nuestra red le permiten recibir un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su <http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory> de *directorio de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento por medio de nuestro programa de pedidos por correo. Vaya a la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Usando una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia dentro de la red. También tenemos farmacias dentro de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia dentro de la red cerca.

Cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

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

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

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de sus costos compartidos normales) en el momento en que surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (Vaya al Capítulo 7, Sección 2 para obtener información de cómo pedirle a nuestro plan que le devuelva el

dinero). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos tiene los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos la Lista de Medicamentos**.

Los medicamentos de esta lista los selecciona nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y la aprobó Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos según la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre que siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que sea:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la condición para la que se receta, o
- Se respalda por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

La Lista de medicamentos cubiertos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar que es un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y generalmente cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Vaya al Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en la lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, vaya a la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, vaya al Capítulo 9).

Sección 3.2 Cinco (5) niveles de costo compartido para medicamentos en la Lista de medicamentos

Cada medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los cinco (5) niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- **Nivel 1: (Medicamentos genéricos preferidos)**
Medicamentos genéricos de menor costo.
- **Nivel 2: (Medicamentos genéricos)**
Medicamentos genéricos de costo más alto.
- **Nivel 3: (Medicamentos de marca preferidos)**
Medicamento de marca frecuentes y algunos medicamentos genéricos de costo más alto.
- **Nivel 4: (Medicamentos no preferidos)**
Medicamentos de marca y medicamentos genéricos de mayor costo para los que puede haber una alternativa disponible de costo más bajo.
- **Nivel 5: (Medicamentos especializados)**
Medicamentos de marca y medicamentos genéricos de alto costo que cumplen la definición de Medicare de medicamento especializado.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos cubiertos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos, tiene estas opciones:

- Revise la Lista de medicamentos más reciente que enviamos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-and-search-tools>). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
- Llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan o pida una copia de la lista.
- Use la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan <https://mhapexmember.healthtrioconnect.com/app/index.page?> para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos cubiertos para obtener un cálculo de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma condición. También puede llamar a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, vea la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funcionará tan bien médicamente como un medicamento de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para animarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento con receta por su proveedor de

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus 2 por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tienen que tomar más medidas para que cubramos el medicamento. Llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si quiere que eximamos la restricción por usted, debe usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción.** Nosotros podemos aceptar hacer la excepción o no. (Vaya al Capítulo 9).

Debe obtener la aprobación del plan por anticipado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento por usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se establece para asegurarse de la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-and-search-tools>.

Límites de cantidades

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar y que no está en nuestra Lista de medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión de marca que quiere tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen otras reglas o restricciones sobre la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que sus costos compartidos sean más caros de lo que cree que deberían ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, vea la Sección 5.1 para saber lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones de lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede pedir una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o quite las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

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

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días de suministro. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar un suministro de medicamentos hasta por un máximo de 30 días. La receta se debe surtir en una farmacia dentro de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención de largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y viven en un centro de atención de largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es además del suministro temporal que se muestra arriba.
- Cuando usted se transfiere de un entorno de tratamiento a otro, como cuando va del hospital como paciente ingresado a casa, esto se llama “cambio del nivel de atención”. En general, estos tipos de cambio no le dan suficiente tiempo para determinar si una nueva receta contiene un medicamento que no está en la Lista de medicamentos del plan. En estas situaciones inesperadas, cubriremos un suministro temporal de transición de 30 días o un suministro de transición de 31 días si vive en un centro de atención de largo plazo (a menos que su receta sea por menos días).

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1: Cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si un medicamento diferente cubierto por nuestro plan puede funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

Opción 2: Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que tiene motivos médicos que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir una excepción. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es miembro actual y un medicamento que toma se quitará de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le avisaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en el plazo de 72 horas después de la recepción de su

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

solicitud (o la declaración de respaldo del proveedor que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es muy alto

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

Cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que también podría funcionarle. Llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento para que pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene motivos médicos que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Los medicamentos en nuestro nivel de especialidad cinco (5) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costos compartidos para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por la versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos con regularidad nuestra Lista de medicamentos cubiertos en línea. A veces, recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar inmediatamente o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Cuando se agrega una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos quitar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, trasladar el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si estamos agregando una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregando ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

- Podemos hacer estos cambios de inmediato y decírselo más tarde, incluso si toma el medicamento que quitamos o le hacemos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y quitar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Cuando se agrega otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos quitar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si estamos agregando una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregando ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le avisaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o avisarle sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Quitar los medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se sacan del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, puede ser que eliminemos el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le avisaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando después de que haya empezado el año. Por ejemplo, nos basamos en los recuadros de advertencia de la FDA o en las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le avisaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le avisaremos del cambio y cubriremos otro suministro de 30 días del medicamento que esté tomando.

Si hacemos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con su proveedor que receta sobre las opciones que más le convendrían, incluyendo el cambio a un medicamento diferente para tratar su condición, o pedir una decisión de cobertura para cumplir cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o su proveedor que receta pueden pedir una excepción para continuar cubriendo el

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información de cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción, vaya al Capítulo 9.

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

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

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

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

Si ocurre alguno de estos cambios para un medicamento que toma (excepto por retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones de arriba), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos con receta. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted. Si apela y se determina que el medicamento que pide no está excluido según la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión vea el Capítulo 9).

Aquí hay 3 reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado en la etiqueta* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX. *El uso fuera de etiqueta* es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento según lo aprobado por la FDA.

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

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

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus recetas, la Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos por medio de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Encuentre los teléfonos y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que se puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia dentro de la red que elija. La farmacia dentro de la red facturará automáticamente a *nuestro* plan nuestra parte del costo de su medicamento. Debe pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Si no tiene la información de membresía de nuestro plan con usted, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja**. Puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Vaya al Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo pedir el reembolso de nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan

Si ingres en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estancia. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención de largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta por medio de la farmacia del centro o de la que usa, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* <http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory> para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que usa es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener sus beneficios de la Parte D de forma rutinaria por medio de nuestra red de farmacias de LTC.

Si usted es residente en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, vaya a la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o plan grupal para jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos por medio de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Pueden ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

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

Aviso especial sobre la ‘cobertura acreditable’:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos para el próximo año calendario es válida.

Si la cobertura del plan grupal es válida, significa que nuestro plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Guarde todos los avisos sobre la cobertura válida porque es posible que necesite estos avisos más adelante para mostrar que mantuvo una cobertura válida. Si no recibió un aviso de cobertura válida, pida una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan para jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si está en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso del proveedor que receta o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de hospicio o a su proveedor que receta que le proporcione un aviso antes de surtir su receta.

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

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

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban atención segura y adecuada.

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

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

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

Sección 10.1 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama un Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios proveedores que recetan o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus proveedores que recetan para asegurarnos de que su uso de

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con sus proveedores que recetan, si decidimos que el uso que haga de medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que pueda obtener estos medicamentos. Si lo ponemos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigir que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en ciertas farmacias
- Exigir que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepines con receta de ciertos proveedores que recetan
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor que receta o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué proveedores que recetan o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si usted piensa que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el proveedor que receta tienen derecho a una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando alguna parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Vaya al Capítulo 9 para obtener información sobre cómo pedir una apelación.

No se le colocará en nuestro DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, está recibiendo atención de hospicio, cuidados paliativos o al final de la vida, o vive en un centro de atención de largo plazo.

Sección 10.2 Manejo de la terapia con medicamentos (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Uno de ellos se llama “Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM)”. Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que ayudemos a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un DMP para ayudarlos a usar opioides de manera segura pueden obtener servicios por medio de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico harán con usted una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre cómo tomar sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre su receta y los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que tiene una lista de lo que se recomienda que haga que incluye las medidas que debe tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM obtendrán información de la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

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

Si tenemos con un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre estos programas, llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que parte de la **información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un documento aparte, llamado *Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta* (también conocido como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional de LIS*), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pregunte por el *Anexo LIS*.

Usamos “droga” en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos según la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe saber los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-and-search-tools>), el costo que ve muestra un cálculo de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por sus medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- **El deducible** es la cantidad que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- **Un copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **Un coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

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

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **incluyen** los pagos que se listan abajo (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa del deducible
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos hecho por familiares o amigos
- Cualquier pago hecho por sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, planes médicos del empleador o sindicato, Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Pasando a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) ha gastado un total de \$2,100 en gastos de bolsillo en el plazo del año calendario, pasa de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluyendo los medicamentos con receta y las vacunas cubiertas por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Pagos que hace por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos que hacen terceros con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación de los trabajadores)
- Pagos que se hicieron por los fabricantes de medicamentos según el Programa de Descuentos del Fabricante (Manufacturer Discount Program)

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las listadas arriba paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de sus gastos de bolsillo totales

- La *Explicación de beneficios* (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los \$2,100, la *EOB de la Parte D* le dirá que dejó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Vaya a la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Memorial Hermann Advantage HMO

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos según Memorial Hermann Advantage HMO. Cuánto pague por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. La información de cada etapa se explica en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapas de pago de medicamentos:**
- **Etapas de pago de medicamentos:**
- **Etapas de pago de medicamentos:**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB)* de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que hace cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** cuánto pagó. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos hecho por familiares o amigos y cualquier pago hecho por sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, planes médicos del empleador o sindicato, Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas por medio de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información de ese mes.** Este reporte proporciona información de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas de alternativas disponibles de costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta, si aplica.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre las recetas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en que puede ser que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, envíenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia dentro de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos proporcionados por un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, vea el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hacen por usted.** Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que haga un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de asistencia para medicamentos contra el sida (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y las organizaciones de beneficencia cuentan para

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el reporte por escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de conservar estos reportes.

SECCIÓN 4 La etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de \$200 en medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5** hasta que alcance la cantidad deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** generalmente es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias dentro de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más el cargo por suministro de medicamentos con precios negociados según el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program).

Una vez que pague \$200 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, deja la etapa de deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

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

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

Nuestro plan tiene cinco (5) niveles de costo compartido

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

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

Medicamentos genéricos de menor costo.

- **Nivel 2: (Medicamentos genéricos)**

Medicamentos genéricos de mayor costo.

Usted paga hasta \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- **Nivel 3: (Medicamentos de marca preferidos)**

Medicamento de marca frecuentes y algunos medicamentos genéricos de costo más alto.

Usted paga hasta \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

Medicamentos de marca y medicamentos genéricos de mayor costo para los que puede haber una alternativa disponible de costo más bajo.

Usted paga hasta \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

Medicamentos de marca y medicamentos genéricos de alto costo que cumplen la definición de Medicare de medicamento especializado.

Importante mensaje sobre lo que paga por insulina

- Para las insulinas de la Parte D: No paga más de \$35.00 por un suministro de un mes de cada producto de insulina **cubierto sin importar el nivel de costo compartido.**

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia dentro de la red.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos los medicamentos con receta que se surten en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para averiguar cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y surtir sus recetas, vaya al Capítulo 5 y al *Directorio de farmacias* de nuestro plan <http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory>.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro *de un mes* de un medicamento cubierto

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

La cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

Sus costos por un suministro *de un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costos compartidos estándar dentro de la red de farmacias (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido por atención de largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; vaya al Capítulo 5 para obtener más información). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0.00 de copago	\$0.00 de copago	\$0.00 de copago	\$0.00 de copago

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Nivel	Costos compartidos estándar dentro de la red de farmacias (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido por atención de largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; vaya al Capítulo 5 para obtener más información). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$5.00 de copago	\$5.00 de copago	\$5.00 de copago	\$5.00 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	23% de coseguro	23% de coseguro	23% de coseguro	23% de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	44% de coseguro	44% de coseguro	44% de coseguro	44% de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro

Usted no pagará más de \$35 por un suministro hasta para un mes de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido, aun si no ha pagado su deducible.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Vaya a la Sección 8 de este capítulo para obtener más información de los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense menos de un mes completo de suministro, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de reabastecimiento.

Si recibe menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar el suministro de todo el mes.

- Si usted es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo sería más bajo pues el costo total del medicamento sería más bajo.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (la tasa de costo compartido diario diaria) y la multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro *de largo plazo* (hasta por 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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

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

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D**Sus costos por un suministro *de largo plazo* (hasta por 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D**

Nivel	Costos compartidos estándar en farmacias (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0.00 de copago	\$0.00 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$15.00 de copago	\$15.00 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	23% de coseguro	23% de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	44% de coseguro	44% de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	No hay un suministro de largo plazo disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	No hay un suministro de largo plazo disponible para los medicamentos en el Nivel 5.

No pagará más de \$70 por un suministro hasta de 2 meses o \$105 por un suministro hasta de 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen \$2.100.

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen \$2.100. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que obtenga lo ayudará a hacer un seguimiento de cuánto usted, nuestro plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2.100 en un año.

Le informaremos si alcanza esta cantidad. Vaya a la Sección 1.3 para obtener más información de cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Entra a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, seguirá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas según la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted, aun si no ha pagado su deducible. Vaya a la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Hay 2 partes en nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es por el costo de **administrarle la vacuna**. (Esto a veces se llama administración de la vacuna).

Sus costos para una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

- 1. Si la vacuna la recomienda para adultos una organización llamada Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos las recomienda el ACIP y no le cuestan nada.
- 2. Donde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna se puede suministrar en una farmacia o en el consultorio del médico.
- 3. ¿Quién le administra la vacuna?**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Lo que paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor para administrarle la vacuna. Puede pedir a nuestro plan que le devuelva nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo paga su parte del costo de su beneficio según la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

Abajo se presentan 3 ejemplos de formas en que puede recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia dentro de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
- Luego puede pedir a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluyendo la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia dentro de la red y la lleva al consultorio de su médico donde le administran la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- Cuando su médico le ponga la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede pedir a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

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

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

En ocasiones, cuando reciba atención médica o algún medicamento con receta, será necesario que pague 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 devuelva el dinero cada vez que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos 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. 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 recibió 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,

Capítulo 7 Pedir que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- 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.
- 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).

Capítulo 7 Pedir que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de sus gastos de bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos el pago de nuestra parte de los costos. Debe enviar documentación, como recibos y facturas, para que podamos manejar el reembolso.

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le paguemos nuestra parte del costo compartido. Recuerde que solo cubrimos farmacias que no pertenecen a la red en circunstancias limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene nuestra tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene nuestra tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de inscripción de nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le paguemos nuestra parte del costo compartido. Es posible que no le devolvamos la totalidad del costo que pagó si el precio en dinero en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

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

Puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o que tenga un requisito o restricción que no conocía o que no cree que deba aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos la totalidad del costo que pagó si el precio en dinero en efectivo que pagó es más que nuestro precio negociado por la receta.

Capítulo 7 Pedir que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos 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 9 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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 utilices 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:

Reembolso médico:

Memorial Hermann Health Plan
ATTN: Medical Claims Department – Member Reimbursement
P.O. Box 20167
Tampa, FL 33622-0167

Capítulo 7 Pedir que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Reembolso de medicamentos con receta:

Memorial Hermann Health Plan Manual Claims
c/o Capital RX
9450 SW Gemini Dr. #87234
Beaverton, OR 97008

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.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea la cantidad total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en dinero en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los que no enviamos el pago y su derecho a 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 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales

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 darle la información en letra de molde grande u otro formato alternativo sin costo, si usted 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 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 sobre dónde acudir para recibir ese servicio con costo compartido dentro de la red.

Capítulo 8 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 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para proporcionar 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. Usted también tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 9 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 en las circunstancias indicadas abajo, si pretendemos dar su información médica a alguien que no le está dando atención ni pagando su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya dado el poder legal para tomar primero decisiones por usted*.
- Hay ciertas excepciones que no necesitan que obtengamos 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.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Puede 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 proporciona por separado y está disponible en nuestro sitio web en <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 Advantage HMO, tiene derecho a que le demos varios tipos de información.

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 y farmacias dentro de la red.** Usted tiene el derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **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. Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información de cómo pedir una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 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:

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 lo 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 antes de estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Documentos como un **testamento en vida** y un **poder para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

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.
- **Completo 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 basado en si firmó o no una directiva anticipada.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 9 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.**

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 al Servicio al Cliente de nuestro plan 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**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Protecciones de los derechos y de Medicare) (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
- 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 esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, 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 o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y completando su atención.**
 - Para obtener la mejor atención, hable con sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga 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:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento.
- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos.
- Si debe pagar la cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando la cantidad extra directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **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 9:

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 poner quejas**; también llamado quejas formales.

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

La 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

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

algunas situaciones, es posible que también quiera ayuda o guía de alguien que no esté conectado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa de gobierno con consejeros capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los consejeros 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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 forma en que está cubierta 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 10, 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 algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

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 9 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 desestimaré una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que quiere decir que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimaré una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se elimine la solicitud. Si 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 rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para recibir 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.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6.

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 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 gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **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 formulario *de designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMSForms/CMSForms/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.
 - Para los medicamentos de la Parte D, el médico u otro proveedor que receta puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o proveedor que receta puede pedir una apelación de 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, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida 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 4 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:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará muy pronto” (*Se aplica únicamente a estos servicios:* atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de qué información se aplica 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 la Tabla 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.**

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), vaya a las Secciones 7 y 8. 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 *pedir* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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.

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de 7 días calendario después de la recepción de su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a sus 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.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 10 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 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*. (Vaya a la Sección 10 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 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.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 los para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 5.2.

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.**

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 reglas cuando dijimos que no a 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 naturales 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.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le damos una respuesta en el plazo 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 la revisará 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,** 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 el plazo de **7 días calendario** después de la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si es necesario para su condición médica.
 - Si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo 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. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en el plazo de las 24 horas. (Vaya a la Sección 10 de este capítulo 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

Términos legales

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 conectado 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 archivo de su 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 sobre su apelación.

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 el 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.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 lo informará de su decisión por escrito y explicará las razones de la decisión.

- **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 solicitudes estándar**. Para **las 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.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La sección 9 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 7 describe cuándo es posible que deba pedir un reembolso o pagar una factura que recibió 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 siguió las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente en el plazo de 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.
- **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 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que esté cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Vaya al Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener información sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, vaya a los Capítulos 5 y 6. **Esta sección es únicamente sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, normalmente decimos medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento* con receta cubierto para *pacientes ambulatorios* o medicamento de la *Parte D* todo el tiempo. Nosotros también usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos necesitan que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir como está por escrito la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Pedir cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Cómo solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedir eximir una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Cómo solicitar una excepción. Sección 6.2**

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Está pidiendo que paguemos una cantidad de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Cómo solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Está pidiendo la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Paga por un medicamento con receta que ya compró. **Cómo pedirnos que le reembolsemos el pago. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo pedir una apelación.

Sección 6.2 Pedir una excepción**Términos legales**

Pedir cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos (formulario)**.

Pedir la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos (formulario)**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que nosotros consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro proveedor que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Aquí hay tres (3) ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.

Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad de costos compartidos que se aplica a los medicamentos en el Nivel cuatro (4). No puede pedir una excepción a la cantidad de costos compartidos que le exigimos que pague por el medicamento.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican en ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicamos una restricción para usted, puede pedir una excepción a la cantidad de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.
- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento en la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento en la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que tenga alternativas de nombres de marca para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que tenga alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel cinco (5) de medicamentos especializados, ni del Nivel cuatro (4) de medicamentos no preferidos.
 - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga la cantidad más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber sobre pedir excepciones**Su médico debe decirnos las razones médicas**

Su médico u otro proveedor que receta debe darnos una declaración que explique los motivos médicos por los que pide una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro proveedor que receta cuando solicite la excepción.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Nuestra lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está pidiendo y no causara más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivel, generalmente *no aprobaremos* su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o sea probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es cierto siempre que su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede pedir una otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción**Términos legales**

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman en el plazo de las **72 horas** después de la recepción de la declaración de su médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman en el plazo de las **24 horas** después de la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicite que le demos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Debes estar pidiendo un medicamento que aún no obtuviste. (No puede pedir que se le reembolse una decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya compró).
- Usar las fechas límite estándar puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro proveedor que receta nos dice que su salud necesita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o del proveedor que receta, 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 u otro proveedor que receta pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le dice cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que pidió. Responderemos su queja en el plazo de las 24 horas después de la recepción.

Paso 2: Pida una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que quiere. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluyendo las solicitudes que se presenten en el formulario de *Solicitud de determinación de cobertura del modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/part-d-coverage-determinations>. En el Capítulo 2 hay información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro proveedor que receta) o su representante pueden hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La sección 4 indica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si pide una excepción, proporcione la declaración de respaldo** que son los motivos médicos de la excepción. Su médico u otro proveedor que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro proveedor que receta pueden explicarnos por teléfono y luego enviar por fax o por correo una declaración por escrito, si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.***Fechas límite para una decisión de cobertura rápida***

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de las 24 horas** después de la recepción de su solicitud.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de las 24 horas después de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario para su salud.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que pidió,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos en el plazo de las 24 horas después de la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **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. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de las 72 horas** después de la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de las 72 horas después de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario para su salud.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que pidió,** debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos **en el plazo de las 72 horas** después de la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **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. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un pago de un medicamento que aún no ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que pidió,** también estamos obligados a hacer el pago en el plazo de 14 días calendario después de la recepción de su solicitud.
- **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. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto quiere decir pedir de nuevo que obtenga la cobertura del medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que va al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Cómo hacer una apelación de Nivel 1**Términos legales**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se llama **redeterminación acelerada**.

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

Una apelación estándar generalmente se hace en el plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida normalmente se hace en el plazo de 72 horas. Si su salud lo necesita, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro proveedor que receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro proveedor que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si es necesario por su salud obtener una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al (888) 227-7940.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo las solicitudes que se presenten en el *Formulario de Solicitud de redeterminación del modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/part-d-coverage-determinations>. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **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 en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación. Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.
- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro proveedor que receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de las 72 horas después de la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario para su salud.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que pidió**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos en el plazo de las 72 horas después de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que pidió**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su condición médica necesita que lo hagamos.
 - Si no le damos una decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que pidió,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo necesita, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que pidió,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que pidió,** también estamos obligados a hacer el pago en el plazo de **30 días calendario** después de la recepción de su solicitud.
- **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. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo hacer una apelación de Nivel 2

Términos legales

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

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro proveedor que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** a la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión en el plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se conoce como su expediente del caso. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si su salud lo necesita, solicite a la organización de revisión independiente que le dé una apelación rápida.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la organización de revisión acepta darle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **72 horas después** de que reciba su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, 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 es por un medicamento que aún no recibió. Si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.***Para apelaciones rápidas:***

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de lo que pidió**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente **en el plazo de las 24 horas** después de la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión independiente **en el plazo de las 72 horas** después de la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en el plazo de 30 días calendario** después de la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice no a su apelación?

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

- Explica la decisión.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que pide cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que pide es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere continuar con su apelación.

- Hay 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. En la Sección 9 en este capítulo hay más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 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.

Sección 7.1 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

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente (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 siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si no lo entiende. Lo informa de:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo 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 *solo* 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 7.2 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, utilice 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 de Texas SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted. La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos u otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le 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 el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche del día en que le den el alta.**
 - **Si cumple 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.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si no cumples este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar los costos* de la atención en el hospital que reciba después de la fecha de alta planificada.
- 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 le da su fecha planificada del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando 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. O puede obtener un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

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

- Los profesionales de atención médica en la Organización para la mejora de la calidad (QIO) (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. 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 consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

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

- Si la organización de revisión independiente dice *que sí*, **debemos seguir proporcionando sus servicios del hospital cubiertos para pacientes hospitalizados siempre que estos servicios sean médicamente necesarios.**

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 cobertura por servicios en el hospital para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía** del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión 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. Presentar otra apelación quiere decir que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 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 el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estancia después de su fecha planificada para el alta.

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

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

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad analizarán detenidamente toda la información sobre 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:

- **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 la atención en el hospital como paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la 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. En la Sección 9 en este capítulo hay más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree 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.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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.

Sección 8.1 Le informaremos con antelación cuándo finalizará su cobertura**Términos legales**

“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 pedir una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* muestra que tiene la información sobre cuándo se detendrá su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 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 de Texas SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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.

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 el Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

Términos legales

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.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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.

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 dicen sí?

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

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

- Debe pedir esta revisión **en el plazo de 60 días 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.

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

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad analizarán detenidamente toda la información sobre 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, deberá 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 9 proporciona más información de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 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.

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 que conllevan apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los primeros 2 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 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 sólo no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

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

Si el valor del medicamento que apeló alcanza una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda ir a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para la mayoría de las situaciones que conllevan apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los primeros 2 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 es sí, se termina el proceso de apelaciones.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez de derecho administrativo o el adjudicador de abogados **en el plazo de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario después de** recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede* 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, se termina el proceso de apelaciones.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **en el plazo de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario después de** recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede* 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, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de que se revise la apelación, en el aviso dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. También le dirá con quién debe comunicarse y qué debe hacer después si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre 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.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluyendo la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿No respetó alguien su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿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	• ¿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? ○ 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	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos el aviso necesario? • ¿Es nuestra información por escrito difícil de entender?

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
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)	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: - 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 10.2 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.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Quejas formales estándar (quejas)**

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

- **Quejas formales aceleradas (quejas)**

Una queja formal acelerada se responde en un plazo de veinticuatro (24) horas desde el momento en que recibamos su solicitud. Puede presentar una queja formal acelerada 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 naturales para tomar una decisión sobre una reconsideración o una determinación de cobertura de la organización.

Para quejas formales y reclamos médicos (Parte C), puede presentar una queja formal acelerada comunicándose con Servicio al Cliente al (855) 645-8448.

Para quejas formales y reclamos de medicamentos con receta (Parte D), puede presentar una queja formal acelerada comunicándose con el Servicio al Cliente de Capital Rx al (888) 227-7940.

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

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.**

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **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 10.3 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 el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

O

- **Puede presentar una queja a la organización para la mejora de la calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Memorial Hermann Advantage 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 10:

Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

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

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

- Puede dejar nuestro plan porque decide que *quiere* irse. Las secciones 2 y 3 proporcionan 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 abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, 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 por separado, o

Capítulo 10 Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que elija no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

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 también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.er 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 ciertas situaciones, los miembros de Memorial Hermann Advantage HMO pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos 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 es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- 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).
- Si se inscribe en el Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. En el Capítulo 5, Sección 10 hay más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

Los períodos de 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 por separado, o
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Capítulo 10 Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

- **Su membresía generalmente finalizará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

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

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.	• Inscribise en el nuevo plan médico de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann Advantage HMO cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos de Medicare separado	• Inscribise en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann Advantage HMO cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.

Capítulo 10 Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Medicare Original <i>sín</i> un plan de medicamentos de Medicare por separado	• 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 en Memorial Hermann Advantage HMO cuando comience su cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos con receta por medio de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores dentro de la red para obtener atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias o pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **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 Advantage HMO debe cancelar nuestra membresía del plan en ciertas situaciones

Memorial Hermann Advantage HMO debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.

Capítulo 10 Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

- 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 se le encarcela (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga con cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que deje 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 proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si usted permite que alguien use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que deje 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 debe pagar la cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos.

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 deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Memorial Hermann Advantage HMO no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

Capítulo 10 Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

¿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 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento *de Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley 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, llámenos al Servicio al Cliente (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. Según las reglamentaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Memorial Hermann Advantage HMO, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo las reglamentaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

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 medicamentos con receta o el pago de servicios o medicamentos 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 o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

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.

Capítulo 12 Definiciones

Biosimilar – Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (vaya a “**Biosimilares intercambiables**”).

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que se puede usar como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple más requisitos sobre el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar inscripción o cancelación de inscripción – El proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan.

Cantidad del ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) – Si sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en su declaración de impuestos de IRS de hace 2 años son mayores que cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Cantidad del máximo de gastos de bolsillo – La cantidad máxima que paga de sus gastos de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Las cantidades que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no cuentan para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo.

Cargo por suministro – Un cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que toma el farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Centro de cirugía ambulatoria – Un centro de 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.

Capítulo 12 Definiciones

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 o los medicamentos con receta después de que pague cualquier deducible.

Costos compartidos – Los costos compartidos son las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando se obtienen servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier cantidad de copago fijo que necesite un plan cuando se obtiene un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier cantidad de coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se obtiene un servicio o medicamento específico.

Cuidado de custodia – El cuidado de compañía es el cuidado personal que se proporciona 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 hacen por sí solas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de compañía.

Capítulo 12 Definiciones

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 debe pagar por los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura – Una decisión sobre si un medicamento con receta para usted está cubierto por nuestro plan y la cantidad, si aplica, debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta según nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman decisiones de cobertura en este documento.

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 ingresa 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.

Etapas de cobertura catastrófica – La etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (u otras personas calificadas en su nombre) hayan gastado \$2100.00 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no tiene que pagar nada.

Capítulo 12 Definiciones

Etapas de cobertura inicial – Es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo del año hayan alcanzado la cantidad límite de gastos de bolsillo.

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

Excepción – Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) (una excepción de la lista de medicamentos cubiertos) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de nivel). También puede pedir una excepción si nuestro plan necesita que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y quiere que eximamos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está pidiendo (una excepción de la lista de medicamentos cubiertos [formulario]).

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 Advantage HMO, solo debe pagar su cantidad de costo compartido 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.

Farmacia dentro de la red – Una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias dentro de la red.

Farmacia fuera de la red – Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

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 o medicamentos obtenidos también se conoce como requisito de gastos de bolsillo del miembro.

“Herramienta de beneficios en tiempo real” – Un portal o una aplicación de computadora en la que los miembros pueden buscar información de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) y de beneficios completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica

Capítulo 12 Definiciones

para el miembro. Esto incluye cantidades de costos compartidos, medicamentos alternativos de la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) que pueden usarse para la misma condición médica que un medicamento dado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se apliquen a los medicamentos alternativos.

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.

Indicación médicamente aceptada – Un uso de un medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la información de medicamentos del Servicio de formulario de hospitales americanos y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

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.

Límite de gastos de su bolsillo – La cantidad máxima que paga de gastos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad – Una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento por calidad, seguridad o motivos de uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos) – Una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

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.

Medicamento de marca – Un medicamento con receta que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula con el ingrediente que la versión genérica del

Capítulo 12 Definiciones

medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico – Un medicamento con receta aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y normalmente el costo es menor.

Medicamento seleccionado – Un medicamento cubierto según la Parte D para el que Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos – El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

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

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.

Medigap (Pólizas de seguro complementarias de Medicare) – Seguro complementario 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).

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).

Capítulo 12 Definiciones

Multa por inscripción tardía en la Parte D – Una cantidad agregada a la prima mensual de su plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido – Todos los medicamentos en la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los cinco (5) niveles de costos compartidos. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más caro que será para usted el costo por el medicamento.

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 anual 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 medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de beneficios – La manera como nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios en el hospital y en centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios 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 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, 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 establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan médico o 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

Capítulo 12 Definiciones

del área de servicio, si recibe Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de atención residencial o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial – Cuando 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 Medicare Advantage (MA) – Algunas veces llamado la Parte C de Medicare. Un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un i) HMO, ii) un PPO, iii) un plan de Pago por servicio privado (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorros para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

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 Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de demostración/piloto y los Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

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

Precio justo máximo – El precio que Medicare negoció por un medicamento seleccionado.

Capítulo 12 Definiciones

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.

Producto biológico – Un medicamento con receta que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (ir a “**Producto Biológico Original**” y “**Biosimilar**”).

Producto biológico original – Un producto biológico aprobado por la FDA y que sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Programa de descuento para fabricantes – Un programa según el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo de la terapia con medicamentos (MTM) – Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades médicas complejas que se proporciona a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Prótesis y aparatos ortopédicos – Dispositivos médicos incluyendo, entre otros, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia 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 ir con su proveedor de atención primaria antes de ir con cualquier otro proveedor de atención médica.

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

Capítulo 12 Definiciones

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 presentar una queja 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, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no conlleva disputas de cobertura o pago.

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 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.

Capítulo 12 Definiciones

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.

Tasa de costo compartido diario – Se aplica una tasa de costo compartido diario cuando su médico le receta menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos y debe pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro para un mes. Aquí incluimos un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces su tasa de costo compartido diario es de \$1 por día.

Terapia escalonada – Una herramienta de uso que necesita que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Servicio al cliente de Memorial Hermann Advantage HMO

Método	Atención al Cliente: información de contacto
Llame al	(855) 645-8448 (solo atención médica) Las llamadas a este número son gratuitas. 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los principales días festivos. Teladoc: (800) 835-2362, Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana Línea médica de enfermería: (713) 338-7979 (888) 227-7940 (solo medicamentos con receta de la Parte D) Horario de atención: 24 horas al día/7 días a la semana/365 días al año Servicio al Cliente (los usuarios de TTY llaman al 711) también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención (solo atención médica): 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. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los principales días festivos. Horario de atención (solo medicamentos con receta de la Parte D): 24 horas al día/7 días a la semana/365 días al año
Escriba a	Memorial Hermann Advantage HMO P.O. Box 19909 Houston, TX 77224
Sitio web	https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/

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

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

Método	Información de Contactos
Llame al	(800) 252-9240 o (800) 252-3439
TTY	711 o (800) 735-2989 Este número necesita 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 burocráticos de 1995 (Paperwork Reduction), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1051. Si tiene 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