GlobalHealth

Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP)

EVIDENCIA DE COBERTURA

Del 1 de enero al 31 de diciembre del 2023

1-844-200-8167 (sin cargo)
de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
www.GlobalHealth.com

GlobalHealth es un plan HMO/SNP HMO que tiene un contrato con Medicare y un contrato estatal de Medicaid para los planes D-SNP. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato. El Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) aprobó a GlobalHealth a fin de que administre un Plan para Necesidades Especiales (SNP) en el 2023. Esta aprobación se basa en una revisión del Modelo de Atención de GlobalHealth.

H6062_009_EOC_SP_2023_C

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

Sus Beneficios y Servicios Médicos y Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare como Miembro de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP)

Este documento le ofrece detalles acerca de su cobertura de servicios médicos y de medicamentos recetados de Medicare a contar del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-844-200-8167 (sin cargo). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).

Este plan, Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP), lo ofrece GlobalHealth of Texas, Inc. (Cuando se mencionen las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro" en esta *Evidencia de Cobertura*, significa GlobalHealth of Texas, Inc. Cuando se mencionen las palabras el "plan" o "nuestro plan", significa Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP).)

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Esta información también está disponible en letra grande.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los afiliados afectados con, al menos, 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- Su prima y el costo compartido de su plan.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

H6062_009_EOC_SP_2023_C

TAGGED

Aprobación de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) 0938-1051 (Fecha de vencimiento: 29 de febrero del 2024)

2023 Evidencia de Cobertura

Tabla de Contenidos

CAPÍTULO 1: *Inicio como miembro* 5
SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? 8
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá 10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) 11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de su membresía al plan 15
SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan 16

CAPÍTULO 2: *Números telefónicos y recursos importantes* 18
SECCIÓN 1 Contactos de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP)(cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente) 19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare) 23
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare) 24
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad 25
SECCIÓN 5 Seguro Social 26
SECCIÓN 6 Medicaid 27
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados 28
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 29

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos* 31
SECCIÓN 1 Conceptos que debe saber acerca de cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 32
SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios 34
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 37
SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si se le factura directamente por los gastos totales de sus servicios? 40

TAGED

Índice

SECCIÓN 5 ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un "estudio de investigación clínica"? ... 40

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución no médica religiosa dedicada a la atención médica" ... 42

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero ... 43

CAPÍTULO 4: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted paga)* ... 45

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos ... 46

SECCIÓN 2 Usar la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará ... 47

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP)? ... 101

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? ... 101

CAPÍTULO 5: *Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D* ... 105

SECCIÓN 1 Introducción ... 106

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan ... 107

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "lista de medicamentos" del plan ... 111

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos ... 112

SECCIÓN 5 ¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera? ... 114

SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza? ... 116

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? ... 118

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta ... 119

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 120

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos ... 121

SECCIÓN 11 Enviamos informes en los que se explican los pagos por sus medicamentos ... 123

CAPÍTULO 6: *Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D* ... 125

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos* ... 127

TAGGED

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos 128
SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido 130
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente 131

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 133
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 134
SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan 144

CAPÍTULO 9: *Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 146
SECCIÓN 1 Introducción 147
SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada 148
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas? 148
SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 149
SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones 150
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación contra una decisión de cobertura 153
SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 161
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto 170
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto 177
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más 183
SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos 185
SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid 188

CAPÍTULO 10: *Finalización de su membresía en el plan* 191
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan 192
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan? 192
SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan? 195

FAQ

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 197
SECCIÓN 5 Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos 197

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 199
SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables 200
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 200
SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare 205

CAPÍTULO 12: *Definiciones de términos importantes* 206

TAGGED

CAPÍTULO 1:
Inicio como miembro

TAGGED

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP), que es un Plan especializado de Medicare Advantage (Plan de Necesidades Especiales)

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 con determinadas discapacidades y pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted optó por recibir su atención médica de Medicare y su cobertura para medicamentos recetados a través de nuestro plan, Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) es un Plan especializado de Medicare Advantage (un "Plan para Necesidades Especiales" de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid con su distribución de costos de Medicare Parte A y B (copagos y coseguros), es posible que no deba pagar nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que normalmente no están cubiertos por Medicare.

También puede recibir "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare.

Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) lo ayudará a administrar todos estos beneficios para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los Planes de Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Texas para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura para medicamentos recetados.

La cobertura bajo este Plan califica como una Cobertura Médica Calificada (QHC) y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos

TAGGED

(Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Qué información incluye el documento de *Evidencia de Cobertura*?

En este documento de *Evidencia de Cobertura*, se le indica cómo obtener la atención médica y los medicamentos recetados de Medicare. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, qué paga como afiliado del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención médica y los medicamentos recetados que se le ofrecen a usted como miembro de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP).

Es importante que se informe sobre las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que dedique un tiempo para familiarizarse con este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, algo le preocupa o si solo desea hacer una pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato entra en vigencia para los meses en los que usted está inscrito en Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año natural, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente, luego del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) cada año. Puede seguir cada año con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos que debe reunir

Usted puede ser elegible para convertirse en miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- -- *y* -- Vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.3 a continuación, se detalla nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas que viven en el área geográfica de servicio aunque se encuentren físicamente en ella.
- -- *y* -- Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en Estados Unidos.
- -- *y* -- Usted reúne los requisitos especiales de elegibilidad que se describen debajo.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa gubernamental federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados). Para poder inscribirse en nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere en el plazo de un mes, sigue teniendo derecho a obtener la membresía en nuestro plan (en el Capítulo 4, Sección 2.1 se le informa sobre la cobertura y la distribución de costos durante un periodo de elegibilidad que se considera continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia con los gastos médicos a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorro de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).
- **Beneficiarios Calificados de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otra distribución de costos (como deducibles, coseguro y copagos) y también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid.

TAGGED

- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Beneficiarios de Medicare Plus con Ingresos Bajos Especificados (SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B más todos los beneficios disponibles en virtud del Plan Estatal para beneficiarios de Medicaid totalmente elegibles.
- **Individuo Calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Discapacitados y Empleados Calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.
- **Beneficio de Doble Elegible Completo (FDBE):** Ayuda a pagar la distribución de costos de Medicare (como deducibles, coseguros y copagos). También son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid.

Sección 2.3 Este es el área de cobertura de servicios del plan Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP)

Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de cobertura de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Collin, Dallas, Denton, and Tarrant.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio al Cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, contará con un Período especial de inscripción durante el cual podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadano Estadounidense o Residencia Legal

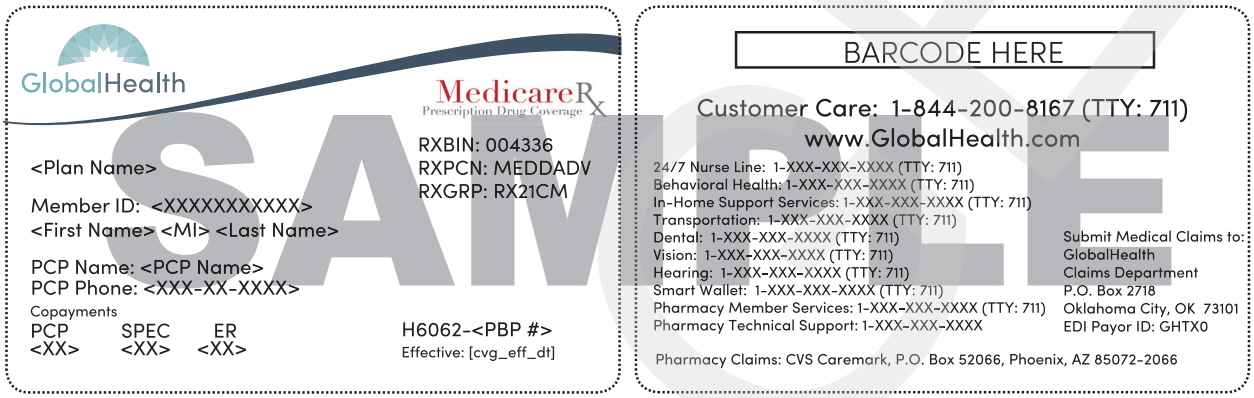
Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) si usted no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) tiene que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

TAGED

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de identificación de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe presentar su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios cubiertos por este plan y cualquier medicamento recetado de las farmacias de la red. Además, deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Este es un modelo de tarjeta de identificación de miembro para que vea cómo será la suya:



NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca ni azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP), es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios en centros de cuidados paliativos o si necesita participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

En caso de destrucción, extravío o robo de su tarjeta de identificación de membresía, llame a Atención al Cliente inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

En el *Directorio de proveedores*, se enumeran nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, los grupos médicos, los proveedores de equipos médicos duraderos, los hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si usted se encuentra en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios

SAMPLE

de diálisis fuera del área y casos en los que Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

Puede encontrar una lista actualizada de proveedores y vendedores en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com.

Si no tiene una copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia a Atención al Cliente.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

En el *Directorio de Farmacias* se incluyen las farmacias minoristas que están dentro de la red. Las **Farmacias de la Red** son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestros planes. En el *Directorio de Farmacias* puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo puede recurrir a las farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia a través de Atención al Cliente. También puede obtener esta información ingresando a nuestro sitio web www.GlobalHealth.com.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar. Enumera los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP). Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP).

En la lista de medicamentos, también se indicará si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos una copia de la lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.GlobalHealth.com) o llamar a Atención al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima Mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por Inscripción Tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto Ajustado Mensual Relacionado con los Ingresos (Sección 4.4)

TACCD

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted debe pagar una prima mensual del plan, a menos que reúna los requisitos para recibir "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados. Es posible que no deba pagar una prima mensual del plan (prima del plan de medicamentos recetados) si reúne los requisitos para recibir "Ayuda Adicional". Las personas con Medicare y Medicaid califican automáticamente para recibir "Ayuda Adicional". Para el 2023, la prima mensual de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) es de $25.00.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para acceder a nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted es doblemente elegible, la LEP no se aplicará siempre y cuando mantenga su estado de doble elegibilidad; sin embargo, si pierde dicho estado, es posible que deba abonar la LEP. Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima que debe pagar por la cobertura de la Parte D, si en algún momento después de finalizado su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más consecutivos cuando no tiene la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura válida. La "cobertura válida para medicamentos recetados" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando usted se inscribe por primera vez en Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP), le informamos la suma de la multa.

No tendrá que pagarla si:

- Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.

- Usted ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, por ejemplo, un su anterior empleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla para registrarse posteriormente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
  - **Nota:** Cualquier aviso debe establecer que tenía una cobertura de medicamentos recetados "válida" y que se esperaba que pagase lo mismo que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  - **Nota:** Lo que se detalla a continuación *no* forma parte de una cobertura válida para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina la suma de la multa. A continuación explicamos cómo funciona:

- Primero se cuenta el número de meses en total que usted tardó en inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O se cuenta el total de meses completos en que usted no tuvo cobertura válida para medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina la suma de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para el 2022, esta suma promedio de la prima fue de $33.37. Esta suma puede ser modificada para 2023.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por $33.37, lo que equivale a $4.67. Esta suma se redondea en $4.70. Esta suma se agregaría **a la prima mensual para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Existen tres factores importantes a tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía mensual de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar todos los años**, porque la prima mensual promedio puede variar todos los años.
- Segundo, **usted seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté suscrito en un plan con beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de planes.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

Si usted no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión en

el **transcurso de los 60 días** posteriores a la fecha de la primera carta que reciba donde se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, en caso que estuviera pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, usted no tendrá otra oportunidad de solicitar una revisión sobre la multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de Ajuste Mensual Relacionado con sus Ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, denominado Monto de Ajuste Mensual Relacionado con sus Ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula a partir de su ingreso bruto ajustado modificado, según se indica su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este importe es superior a una cantidad determinada, pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar una suma adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará cuál será el importe de la suma adicional. La suma adicional se deducirá de su Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de su cheque de beneficios de la Oficina de administración del personal, independientemente de la manera en que usted pague por lo general su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la suma adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la suma adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted le debe pagar una suma adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga la suma adicional, se cancelará su inscripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si usted no está de acuerdo con el pago de la suma adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen varias formas en las que usted puede pagar su prima del plan

Existen dos formas en las que puede pagar la multa. Una vez que reciba su formulario de inscripción, su método de pago se establecerá como factura directa. Si desea cambiar su método de pago en cualquier momento, comuníquese con Servicio al Cliente para obtener ayuda.

Opción 1: Pago con cheque

Puede pagar la prima mediante un cheque o giro postal. Las facturas se le envían directamente a usted todos los meses. Los pagos deben recibirse antes del **5 de cada mes**. Los cheques o giros postales deben ser pagaderos a “GlobalHealth” (Nota: No haga su cheque a nombre de CMS o

HHS). Se cobrará una tarifa de $25.00 por los cheques devueltos. Los pagos se deben enviar por correo a la siguiente dirección:

GlobalHealth of Texas, Inc.
Lockbox 4180
PO Box 659506
San Antonio, TX 78265-9506

Opción 2: Deducción de la prima de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma de pagar su prima. Si decide cambiar la forma de pagar su prima, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos la solicitud de su nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar su prima a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicio al Cliente para obtener ayuda.

Qué hacer si está teniendo problemas para pagar su prima del plan

Debemos recibir su prima en nuestra oficina a más tardar el **día 5 de cada mes**.

Si tiene problemas para pagar a tiempo la prima, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros para saber si podemos recomendarle programas que lo ayuden a pagar la prima.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima de plan mensual durante el año?

No. No está permitido cambiar la suma que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si se realiza alguna modificación a la prima mensual del plan del año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que le corresponde abonar a usted puede sufrir modificaciones durante el año. Esto sucede si, durante el transcurso del año, es o deja de ser elegible para el programa de "Ayuda Adicional". Si un miembro reúne los requisitos para recibir "Ayuda Adicional" con los costos de los medicamentos recetados, el programa de "Ayuda Adicional" pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad durante el año, comenzará a pagar el total de la prima mensual.

Puede obtener más información sobre el programa de "Ayuda Adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de su membresía al plan

Su registro de miembro contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre de su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de miembro para verificar qué servicios y medicamentos están cubiertos y las sumas de costo**

TAGGED

compartido para usted. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Si se lo ha internado en una residencia para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si esta información sufre alguna modificación, comuníquese con el Servicio al Cliente.

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden según nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios.**

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicio al Cliente. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene un plan médico adicional (como cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su plan médico adicional. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina “pagador secundario”, y solo paga si hay

costos que la cobertura principal no abonó. Puede que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos. Si tiene un plan médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes de salud grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (IRET):
  - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por IRET, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización por accidentes de trabajo

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que hayan pagado Medicare o los planes de salud grupales del empleador.

TAGGED

CAPÍTULO 2:
Números telefónicos y recursos importantes

TAGGED

SECCIÓN 1 Contactos de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamos, facturación o consultas por la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP). Nos complacerá ayudarlo.

Método	Atención al cliente: Información de Contacto
LLAME AL	1-844-200-8167 (sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
FAX	(405) 280-2960
ESCRÍBANOS	GlobalHealth of Texas, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Cómo contactarnos para consultar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo consultar acerca de decisiones de cobertura o apelaciones relacionadas con su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

TMOSD

Método	Decisiones de Cobertura y Apelaciones de Atención Médica: Información de Contacto
LLAME AL	1-844-200-8167 (sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
FAX	**Decisiones de Cobertura:** 405-280-5398 **Apelaciones:** 405-280-5294
ESCRÍBANOS	**Decisión de Cobertura:** GlobalHealth of Texas, Inc. P.O. Box 2840, Oklahoma City, OK 73101 **Apelaciones:** GlobalHealth of Texas, Inc. P.O. Box 2658, Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Método	Decisiones de Cobertura y Apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D: Información de Contacto
LLAME AL	1-844-449-0360 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana

Método	Decisiones de Cobertura y Apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D: Información de Contacto
FAX	1-855-633-7673
ESCRÍBANOS	Servicios de la Parte D de CVS Caremark Determinación de Cobertura y Apelaciones P.O. Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Cómo contactarnos para presentar una queja por su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, lo cual incluye quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas por atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-844-200-8167 (sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
FAX	405-280-5294
ESCRÍBANOS	GlobalHealth of Texas, Inc. P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o medicamentos que usted ha recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos el reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAME AL	Reclamos Médicos:1-844-200-8167 (sin cargo) Las llamadas a estos números son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Reclamos de Medicamentos Recetados de la Parte D:1-844-449-0360 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Reclamos médicos: Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Reclamos de Medicamentos Recetados de la Parte D: Las llamadas a estos números son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	Reclamos Médicos: 405-609-6354 Reclamaciones de Medicamentos Recetados de la Parte D: 1-855-230-5549
ESCRÍBANOS	Reclamos Médicos: GlobalHealth of Texas, Inc. P.O. Box 2718, Oklahoma City, OK 73101 Reclamos de Medicamentos Recetados de la Parte D: CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

SECCIÓN 2 Medicare
(cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare)

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

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados "CMS"). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestra institución.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En él, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado. En el sitio web de Medicare, también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de Requisitos para Participar en Medicare:** ofrece información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.

Método	Medicare – Información de contacto
	• **Localizador de Planes de Medicare:** ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un *cálculo aproximado* de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP): • **Envíe su queja a Medicare:** puede presentar una queja sobre Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare e indicarles la información que busca. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP se denomina Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP).

Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores de Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o el tratamiento que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los asesores de Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Además, pueden ayudarlo a comprender sus

opciones dentro del plan de Medicare y responder a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en "**Talk to Someone**" (Hablar con alguien), en el centro de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones:
  - Opción n.º 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
  - Opción n.º 2: puede seleccionar su **STATE** (ESTADO) en el menú desplegable y hacer clic en GO (IR). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	**Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) (Texas SHIP): Información de Contacto**
LLAME AL	1-800-252-9240
ESCRÍBANOS	Texas Department of Aging and Disability Services 701 West 51st Street MC: W275 Austin, TX 78751
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad

En cada estado, funciona una Organización de Mejoramiento de Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. Para Texas, la Organización de Mejoramiento de Calidad se denomina KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de la atención que ha recibido.
- Si considera que el período de cobertura por su estadía en el hospital finalizará demasiado pronto.
- Si considera que el período de cobertura por servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizará demasiado pronto.

TAGED

Método	KEPRO (Organización de Mejoramiento de Calidad de Texas): Información de Contacto
LLAME AL	1-888-315-0636 De lunes a viernes: de 9 a.m. a 5 p.m., hora del este, central y de la montaña Fines de semana y días festivos: de 11 a.m. a 3 p.m., hora del este, central, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutianas
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	KEPRO 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicare y de administrar las inscripciones a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años de edad o más, o personas con discapacidades o Enfermedad Renal en Etapa Terminal y que cumplen ciertos requisitos, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponda.

El Seguro Social está a cargo, además, de determinar quién debe pagar una suma adicional por su cobertura de medicamentos Parte D porque tiene mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le indica que tiene que pagar la cantidad extra y usted tiene preguntas sobre la suma o si sus ingresos decayeron debido a un evento trascendental, comuníquese con el Seguro Social para pedirles una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con su Seguro Social para hacerles saber de estos cambios.

Método	Seguro Social: Información de Contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.

Método	Seguro Social: Información de Contacto
	Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Los miembros inscritos en este plan deben estar inscritos tanto en Medicare como en Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Texas Health and Human Services Commission.

Método	Texas Health and Human Services Commission (Programa Medicaid de Texas): Información de Contacto
LLAME AL	1-800-252-8263 de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Texas Health and Human Services 1100 West 49th St. Austin, Texas 78756-3199
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/

El HHS Office of the Ombudsman ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tengan problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja o una apelación contra nuestro plan.

Método	HHS Office of the Ombudsman: Información de Contacto
LLAME AL	1-866-566-8989 de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Texas Health and Human Services Commission Ombudsman for Managed Care P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/about/your-rights/office-ombudsman/hhs-ombudsman-managed-care-help

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

En el sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) se brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califican y ya están recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados.

¿Qué ocurre si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través de Texas HIV Medication Program (THMP). **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que funciona en su Estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado y condición de no asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Texas HIV Medication Program (THMP) al 1-800-255-1090.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

¿Qué sucede si usted posee una cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE.UU. ofrecen ayuda para pagar las recetas médicas, las primas del plan de medicamentos o los costos de otros medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (distinto a "Ayuda Adicional"), usted aún obtiene el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. También, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en la brecha en cobertura. El 70% de descuento y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar por los medicamentos recetados en base a las necesidades financieras, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura a sus miembros.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es Texas THMP State Pharmacy Assistance Program (SPAP)

Método	Texas THMP State Pharmacy Assistance Program (SPAP) (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Texas): Información de Contacto
LLAME AL	1-800-255-1090 De 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes
ESCRÍBANOS	Texas HIV Medication Program ATTN: MSJA-MC: 1873 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347
SITIO WEB	https://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/spap.shtm

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les haga saber si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona "1", puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

TAGED

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

TAGGED

SECCIÓN 1 Conceptos que debe saber acerca de cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener su atención médica y otros servicios cubiertos. Proporciona las definiciones de ciertos términos y explica las normas que usted deberá seguir para recibir tratamientos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre qué tipo de atención médica y otros servicios están cubiertos por nuestro plan y cuánto debe pagar cuando reciba esta atención, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*).

Sección 1.1 Definición de “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su suma del costo compartido como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, no pagará nada o pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- Los **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipos y medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se detallan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como plan de salud de Medicare, Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare (consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 de este documento).

Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) en general cubrirá su atención médica si:

- **La atención médica que recibe se encuentra incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

TAGGED

- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de poder utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina darle a usted una "remisión". Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios requeridos urgentemente. También se proveen otros tipos de atención que no requieren la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este servicio, lea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y conocer el significado de atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid exige que sea cubierta por nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención. En este caso, cubriremos estos servicios como si hubiera recibido la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

TAGD

- El plan cubre servicios de diálisis renal en un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda tener acceso de manera temporal. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que no pertenece a la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible de forma temporal y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Usted debe elegir un Proveedor de Atención Primaria (PCP) que brinde y supervise su atención

Definición de “PCP” y qué tipo de servicios presta un PCP

Al convertirse en miembro de nuestro plan, deberá elegir un proveedor de atención primaria (PCP).

Su PCP no solo brindará servicios básicos y de rutina, sino que también coordinará otros cuidados que pueda necesitar a través de remisiones y autorizaciones previas. Su PCP puede ser un médico de cabecera, de medicina general o de medicina interna que participa en nuestra red.

¿Cómo selecciona usted a su PCP?

Puede elegir un PCP de nuestro *Directorio de Proveedores*, que puede encontrar en www.GlobalHealth.com, o bien puede comunicarse con Servicio al Cliente a fin de obtener ayuda para seleccionar un PCP. Solo puede elegir un PCP que acepte pacientes nuevos. Si no elige un PCP al inscribirse, se le asignará uno.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. También podría ocurrir que su PCP dejara de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan y usted debiera seleccionar otro PCP.

Para cambiar su PCP, llame a Servicio al Cliente. Se asegurarán de que el PCP al que desea cambiarse acepte nuevos pacientes. Le enviarán una nueva tarjeta de identificación de miembro en la que se muestre el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. **El cambio se realizará el primer día del mes posterior a la fecha de la solicitud.**

Asegúrese de informar al Departamento de Servicios para Miembros si está consultando a especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (como servicios de atención médica a domicilio y equipo médico duradero). Lo ayudaremos a asegurarse

de que tiene las remisiones y las autorizaciones previas necesarias para continuar con los servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin una remisión de su PCP?

Usted puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios requeridos urgentemente son servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos de manera temporal o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, comuníquese con Atención al Cliente antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área).
- Visitas al consultorio del especialista, siempre y cuando vaya a un proveedor de la red. El especialista solicitará la aprobación previa de cualquier prueba o tratamiento, como pruebas de diagnóstico especializadas, terapia o cirugía ambulatoria.
- Visitas en el consultorio de terapia individual o grupal de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, siempre que las reciba de un proveedor de la red. El terapeuta solicitará la aprobación previa para cualquier prueba o tratamiento.
- Anteojos y exámenes de la vista de rutina siempre que los obtenga de proveedores de la red de EyeMed.
- Audífonos y evaluaciones para audífonos siempre que los obtenga de proveedores de la red de NationsHearing.
- Atención preventiva, siempre y cuando la obtenga de proveedores de la red.
- Servicios de odontología preventivos e integrales complementarios, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red de DentaQuest.

TAGED

Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

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

- Los oncólogos se ocupan de los pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas
- Los médicos ortopedistas atienden a pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

Remisiones
Por lo general, primero consultará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Puede consultar a cualquier especialista de la red sin una remisión, pero cuando su PCP o especialista considere que necesita pruebas de diagnóstico o tratamiento especializados (como terapia o cirugía ambulatoria), le dará una remisión para esa atención.

Autorización previa

Se requiere autorización previa de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) antes de la cita para casi todas las pruebas o tratamientos realizados fuera de una visita al consultorio. Cuando su médico nos envía una remisión, nuestro equipo de enfermeros y médicos la revisa. Le notificaremos a su médico y a usted sobre nuestra decisión. En la mayoría de los casos, los servicios se dirigirán a proveedores dentro de la red. Si no tiene una autorización previa por escrito antes recibir los servicios que la requieren, es probable que tenga que hacerse cargo del pago de estos servicios. Para obtener información sobre los servicios que requieren una autorización previa, consulte el Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos.

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de al menos 30 días que su proveedor abandona su plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor aprobado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si nuestra red no cuenta con un especialista calificado para proporcionar un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido que paga dentro de la red. Se necesita autorización previa para su atención.

- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, usted debe recibir atención de un proveedor de la red. La atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, excepto en las siguientes situaciones:

- Servicios de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para conocer el significado de atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si autorizamos una remisión a un proveedor fuera de la red, como se describe en la Sección 2.3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Comuníquese con Atención al Cliente antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica

Definición de “emergencia médica” y cómo proceder en caso de tener una emergencia médica

Una **“emergencia médica”** ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar del mundo y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 24 horas. Llame a Atención al Cliente al 1-844-200-8167 (sin cargo) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Esta información también se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP).

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le proveen atención de emergencia determinarán cuándo su estado es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tendrá derecho a recibir cuidado de seguimiento para verificar que su estado continúe estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y planifiquen la atención adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar cuándo se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una atención de emergencia (porque cree que su salud corre grave peligro) y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que no tuvo una emergencia médica (siempre que justificadamente haya creído que su salud corría grave peligro), cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que *no* fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si usted recibe esta atención de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red; para recibir atención adicional.
- – *o* – la atención adicional que usted recibe se considera como “servicios requeridos urgentemente”, y usted sigue las reglas para obtener esta atención médica urgente (para obtener más información sobre este servicio, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente

¿Qué son “servicios requeridos urgentemente”?

Un servicio urgentemente necesario se refiere a una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios urgentemente necesarios proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son i) un dolor de garganta grave que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote inesperado de una afección conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

Siempre debe intentar obtener servicios requeridos urgentemente de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no se encuentran accesibles o no están disponibles provisoriamente y no es razonable esperar para recibir atención de su proveedor de la red cuando esta se encuentre disponible, cubriremos los servicios requeridos urgentemente de un proveedor fuera de la red.

- Si la necesidad de atención urgente se produce durante el horario de atención habitual de su PCP, llame a su PCP para recibir indicaciones.
- Si la necesidad de atención urgente se produce después del horario de atención o si no puede comunicarse con su PCP, vaya a un centro de atención de urgencias dentro de la red que figura en nuestro *Directorio de proveedores*. Para buscar el *Directorio de Proveedores* más actualizado, visite nuestro sitio web, www.GlobalHealth.com.

Nuestro plan cubre servicios de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Cuando usted crea que su situación es una emergencia y que viajar o esperar hasta que usted esté en su casa no sería seguro para su afección médica.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente podrá recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.GlobalHealth.com para obtener información acerca de cómo obtener atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al costo compartido que paga dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, podrá obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si se le factura directamente por los gastos totales de sus servicios?

Sección 4.1 Puede hablar con nosotros para que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos

Si pagó un monto superior al costo compartido del plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*), para obtener más información sobre cómo proceder en estos casos.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que aparecen en la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también pagará el costo total por cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Antes de pagar el costo del servicio, verifique si el servicio está cubierto por Medicaid comunicándose con Atención al Cliente. El pago de los gastos, una vez que se alcanzó el límite del beneficio, no contará para el cálculo del máximo de gastos de bolsillo. Puede llamar a Servicio al Cliente para consultar cuánto es el límite aún disponible de sus beneficios.

Antes de pagar por servicios, verifique si están cubiertos por Medicaid. Consulte su Manual del Miembro de Medicaid o llame a Texas Health and Human Services Commission al 1-800-252-8263. Para obtener la información de contacto adicional, consulte el Capítulo 2, Sección 6.

SECCIÓN 5 ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados “ensayos clínicos”) para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos a cargo del mismo. Puede participar en el estudio

siempre que reúna los requisitos para el estudio, *y* comprenda completamente y acepte las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la suma del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan.

Aunque no necesita permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, lo animamos a que nos comunique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que *no* está aprobado por Medicare, *será responsable de todos los costos por su participación en el estudio*.

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto?

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

- Habitación y comidas por estadías en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y el costo compartido dentro de la red que paga como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma suma por los servicios que recibe como parte del estudio que la suma que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre la suma del costo compartido que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pagos.

En el siguiente ejemplo, se explica el funcionamiento de los costos compartidos: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo

es de $100. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de $20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería de $10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. A continuación, deberá informar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. Entonces, el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, la misma suma que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago, debe presentar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por TC mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una TC.

Más información

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

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

Sección 6.1 ¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica?

Una institución no médica religiosa de atención médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos).

Sección 6.2 Obtener Atención Médica en una Institución Religiosa de Salud No Médica

Para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica, deberá firmar un documento legal en el que declare que conscientemente se opone a recibir tratamientos médicos "no exceptuados".

- Atención o tratamientos médicos "no exceptuados" se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario* y *no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Tratamientos médicos "exceptuados" se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o *es requerido* por las leyes federales, del estado o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, el cuidado que usted recibe de una institución no médica religiosa de atención médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
  - *– y –* debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.

El costo compartido y los límites de cobertura para pacientes internados de Medicare se aplican a los servicios obtenidos en una institución religiosa no médica de atención de la salud. (Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otro tipo de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13

meses. Sin embargo, como miembro de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP), en general, usted no se convertirá en propietario del equipo médico duradero alquilado (DME), independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan; incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo del DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame a Atención al cliente para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el artículo luego de cambiarse a Original Medicare para convertirse en su propietario. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo a Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó a Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo a Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. Estuvo en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego, vuelve a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para obtener la propiedad del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el mantenimiento, los suministros y el equipo de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Suministro y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Si abandona Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces este equipo deberá ser devuelto.

¿Qué sucede si usted abandona su plan y luego vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le preste servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, usted puede optar por quedarse con la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que le exige pagar los copagos de los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:
Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted paga)

TAGGED

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos

En este capítulo encontrará una Tabla de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y le indica la suma que debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se incluye información sobre las limitaciones para ciertos servicios.

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

Para comprender la información de pago que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de su propio bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es la suma fija que usted abona cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre los copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre su coseguro).

Sección 1.2 ¿Cuál es la suma máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo. Si es elegible para obtener la asistencia de distribución de costos de Medicare que se contempla en Medicaid, no deberá abonar ningún gasto de bolsillo hasta el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Dado que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en la suma que debe pagar de gastos de bolsillo cada año por servicios médicos que se encuentran cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Este límite se denomina suma máxima de gastos de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año natural de 2023, esta suma es **$3,650**.

Las sumas que paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos cuentan para el cálculo de esta suma máxima de gastos de bolsillo. Las sumas que paga por sus primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Además, las sumas que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza la suma máxima de sus gastos de bolsillo de **$3,650**, no deberá pagar ningún otro gasto de bolsillo durante el resto del año por servicios de la Parte A y Parte B cubiertos. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores realicen "facturaciones de saldo"

Como miembro de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP), una medida de protección importante para usted es que solo debe pagar la suma correspondiente del costo compartido cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina "facturación del saldo". Esta medida de protección tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Este factor de protección funciona de la siguiente manera.

- Si la suma del costo compartido es un copago (una cantidad fija en dólares, por ejemplo, $15.00), usted solo debe pagar esa suma por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios de emergencia o requeridos urgentemente).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios de emergencia o requeridos urgentemente).
- Si usted cree que un proveedor ha realizado una "facturación de saldo" en su caso, llame a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2 Usar la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios

TAGED

enumerados en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicaid deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea una atención de emergencia o de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (PCP) que lo cuida y supervisa la atención que recibe. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle su aprobación previa antes de que usted pueda consultar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle a usted una "remisión".
- Algunos de los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada "autorización previa") de nuestra parte. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos con negrita. Además, los siguientes servicios que no figuran en la Tabla de Beneficios requieren autorización previa:
  - Remisiones a cualquier proveedor fuera de la red.
  - Servicios que son beneficios cubiertos, pero realizados por el médico fuera de su consultorio.
  - Cualquier otro servicio que no esté específicamente enumerado en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2023*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

TACTD

- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare aumenta la cobertura de nuevos servicios durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.
- Si se encuentra dentro del periodo de 1 mes considerado de elegibilidad continua en nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios cubiertos del plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas o los costos compartidos de Medicare por los cuales el estado sería responsable de otra manera si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para todos los afiliados que participan en los servicios de Bienestar y Planificación de Cuidado de la Salud (WHP).

Debido a que Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) participa en el Diseño de Seguro Basado en el Valor, usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos:

- Servicios de planificación anticipada de la atención (Advance Care Planning, ACP):
  - Documentar lo que es importante para usted es esencial para recibir la atención que desea cuando está demasiado enfermo para hablar por sí mismo. La plataforma My Living Voice lo guía a través del proceso de creación de su testamento vital y la designación de su representante de atención médica.
  - Como miembro, tiene acceso a los recursos en línea de planificación anticipada de la atención de My Living Voice. Este recurso lo ayuda a crear una directiva anticipada que cumple con los requisitos específicos del estado.
  - My Living Voice está disponibles para usted y sus proveedores médicos designados las 24 horas al día, los siete días de la semana. Puede agregar nueva información en cualquier momento a medida que su estado de salud o sus deseos cambian.
  - Para comenzar, puede acceder al enlace de My Living Voice desde nuestro Portal para Miembros, en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com.
- Su consulta Preventiva Anual puede programarse con su PCP en cualquier momento entre el 1 de enero del 2023 y el 31 de diciembre del 2023, siempre que hayan pasado, al menos, 12 meses desde su Consulta de Bienvenida a Medicare. Puede trabajar con su médico para desarrollar o actualizar su plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y sus factores de riesgo.

TAGGED

- Como miembro de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP), recibirá una encuesta de Evaluación de Riesgos para la Salud. Este cuestionario los ayuda a usted, a su médico y a su plan a trabajar juntos para gestionar mejor su atención. Puede completar la Evaluación de Riesgos para la Salud durante su Consulta Preventiva Anual o por su cuenta mediante el cuestionario. También puede encontrar la Evaluación de Riesgos para la Salud en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com.

La participación en cualquier programa que se incluya en la planificación para el Bienestar y la Atención Médica o la Planificación Anticipada de la Atención es voluntaria y usted puede rechazar el servicio en cualquier momento.

Información importante sobre beneficios para afiliados que reúnen los requisitos para recibir "Ayuda adicional":

- Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros, puede ser elegible para la reducción de costos compartidos dirigida.
- Los miembros califican para la eliminación de sus costos compartidos por los medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

Verá esta manzana junto a los servicios médicos preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Si usted es un QMB, QMB+, SLMB+ o recibe los beneficios completos de Medicaid, paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare que se indican en esta tabla. Si usted es un QI, QDWI o SLMB, usted paga los costos compartidos que se indican en esta tabla.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen:	Usted paga un copago de $0 hasta un 20% del total del costo por acupuntura cubierta

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • dolor con una duración de 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociada con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (IPA), personal de enfermería profesional (NPS) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículos 410.26 y 410.27.	por Medicare en concepto de servicios de dolor lumbar crónico. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	Usted paga un copago de $0 hasta un 20% del total del costo por ambulancia aérea o terrestre cubierta por Medicare por viaje de ida. **Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia.**
Examen físico anual • Examen del corazón, de los pulmones, del abdomen y de los sistemas neurológicos • Examen práctico del cuerpo (como cabeza, cuello y extremidades) • Antecedentes médicos/familiares detallados • Limitado a un examen por año además de la visita anual de bienestar Debe realizarse en el consultorio de su PCP. Contáctese con su PCP para programar una cita.	No se aplica un coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.
Consulta preventiva anual Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de "Bienvenida a Medicare" para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

TAGGED

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Mediciones de masa ósea Para pacientes que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga un copago de $0 hasta un 20% del total del costo por visita como paciente ambulatorio por servicios de rehabilitación cardíaca o servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva. Los servicios médicos no preventivos prestados durante

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	la visita pueden requerir un copago.
Detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: se cubren pruebas de Papanicoláu y tactos vaginales una vez cada 24 meses • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare. **Debe realizarse pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos con su PCP o con un obstetra/ginecólogo de la red.** Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.

IACOD

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer colorrectal Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios: • Sigmoidoscopía flexible (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guaiac (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopía (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopía cada 10 años (120 meses), pero no en el transcurso de los 48 meses posteriores a una detección por sigmoidoscopía.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: Servicios dentales cubiertos por Medicare que son parte integral de un servicio médico cubierto prestado por el dentista del personal del hospital o un médico (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción o la sustitución de dientes como procedimiento de rutina)	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita al consultorio para los servicios de odontología cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
***Servicios dentales: integrales** • Servicios que no son de rutina	No se aplica coseguro, copago ni deducible en

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia (dentaduras postizas) Para conocer los códigos dentales cubiertos, consulte la tabla al final de esta sección. Si desea obtener ayuda para encontrar un dentista dentro de la red o si necesita más información sobre estos servicios cubiertos, llame a DentaQuest al 1-833-493-0566 (TTY: 1-800-466-7566) (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).	concepto de servicios dentales integrales. Solo pagaremos hasta un total de $2,500 por servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.
***Servicios dentales: preventivos** • Limpieza Radiografías dentales Exámenes orales Fluoruro Para conocer los códigos dentales cubiertos, consulte la tabla al final de esta sección. Si desea obtener ayuda para encontrar un dentista dentro de la red o si necesita más información sobre estos servicios cubiertos, llame a DentaQuest al 1-833-493-0566 (TTY: 1-800-466-7566) (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para servicios dentales preventivos. Solo pagaremos hasta un total de $2,500 por servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.
Examen de detección de depresión Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y/o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de dermatología Cubrimos los servicios y el tratamiento que habitualmente se brindan en una visita al consultorio.	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por consulta en concepto de servicios de dermatología cubiertos por Medicare. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**
Prueba de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:	Usted paga lo siguiente, según qué servicios recibe.
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes: zapatos • Para pacientes diabéticos con enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos ortopédicos a medida por año natural (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes: suministros	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Suministros para controlar la glucosa en sangre: Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiras reactivas y los medidores.	suministros estándar para pruebas de diabetes cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por dispositivos terapéuticos de control continuo de la glucosa, sensores y suministros como equipo médico duradero. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes: capacitación • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Equipos médicos duraderos (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 así como el Capítulo 3, Sección 7 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por el equipo médico duradero. **Puede que se requiera autorización previa.** Sus costos compartidos para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un copago de $0 hasta el 20% del costo total, todos los meses. Después de 36 meses de estar inscrito en Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP), su costo compartido cambiará

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
más reciente de proveedores también se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com.	a 0% de coseguro para los concentradores. Si utiliza tanques de oxígeno o cilindros que necesitan suministro de oxígeno, pagará un copago de $0 hasta el 20% del costo aprobado por Medicare para estas entregas. **Puede que se requiera autorización previa.**
Equipos médicos duraderos (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados: atención médica a domicilio Equipo médico duradero y suministros relacionados proporcionados por su agencia de atención médica a domicilio.	No se aplica coseguro, copago ni deducible por los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Atención médica de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), o la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos por servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.	Usted paga un copago de $0 hasta $90 por visita por todos los servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita. Si lo ingresan al hospital como paciente internado o como paciente ambulatorio en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
La atención de emergencia solo se cubre dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta o debe recibir su atención durante la hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.
***Atención de emergencia: Cobertura a nivel mundial** • Esto incluye atención de emergencia o requerida urgentemente • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • No se cubren los tratamientos previamente programados y planificados (incluida la diálisis para una afección en curso) ni los procedimientos electivos. • Los servicios prestados por un dentista no están cubiertos.	Usted paga un copago $90 por visita por servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted está cubierto hasta $50,000 por año para servicios de emergencia o urgentemente necesarios (combinados) fuera de los Estados Unidos. *Los copagos que paga por los servicios de emergencia en todo el mundo no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
***Alimentos y productos agrícolas** Comer sano es una parte importante del control de la salud. Usted es elegible para recibir un beneficio mensual de $150 que puede utilizar para comprar alimentos y productos agrícolas. • $150 por mes cargado en su tarjeta Smart Wallet Flex • Puede comprar alimentos nutritivos. Se aplican restricciones. • La asignación se combina con la asignación para artículos de venta libre y la asignación para servicios públicos • La asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente mes. Comuníquese con NationsBenefits para obtener más información sobre sus beneficios de alimentos y productos por teléfono al 1-877-202-4718 (TTY:711) (TTY: 711) las 24 horas del día, los siete días de la semana.	No se aplica coseguro, copago ni deducible por la tarjeta. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.
Programas educativos sobre salud y bienestar Los miembros tienen acceso a los gimnasios junto con el personal de apoyo, incluido lo siguiente: • Instructores y asesores de acondicionamiento físico en gimnasios. • Biblioteca de videos a pedido de acondicionamiento físico en el hogar. • Un kit de acondicionamiento físico en el hogar con opciones de dispositivos de acondicionamiento físico inalámbricos portátiles. • Clases en línea. • Clases educativas sobre envejecimiento saludable. • Una aplicación móvil. El objetivo del beneficio es alentar a los miembros a perder peso, reducir las caídas y a que estén más saludables o conserven su salud. No se requiere derivación ni autorización previa para los beneficios de gimnasios. Para obtener más información, registrarse sin costo o encontrar gimnasios, visite www.GlobalHealth.com.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una membresía anual.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de audición Exámenes auditivos y equilibrio básicos realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las evaluaciones de diagnóstico auditivas y de equilibrio realizadas por PCP cubiertas por Medicare. Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por exámenes de especialistas cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**
***Servicios de audición: Audífonos** • Audífonos. • El ajuste y la evaluación de audífonos se limitan a 1 vez por año. *Las compras de audífonos incluyen: • Tres visitas de seguimiento durante el primer año a partir de la fecha inicial de colocación • Período de prueba de 60 días desde la fecha de la colocación • 60 baterías por año, por audífono (suministro para 3 años) • Tres años de garantía para reparaciones por parte del fabricante • Cobertura de reemplazo por 1 vez para audífonos perdidos, robados o dañados (puede aplicarse un deducible por audífono) NationsBenefits ofrece una amplia selección de audífonos de todos los principales fabricantes. Comuníquese con NationsBenefits para obtener más información sobre su beneficio de audífonos por teléfono al 1-877-202-4718 (TTY:711) las 24 horas del día, los siete días de la semana.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para audífonos y servicios de audición. Solo pagaremos hasta un total de $2,000 por estos aparatos auditivos por año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de audición: Evaluaciones de audición de rutina • Limitado a 1 evaluación para determinar la necesidad de audífonos cada año Comuníquese con NationsBenefits al 1-877-202-4718 (TTY:711) para programar una cita las 24 horas del día, los siete días de la semana.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de aparatos auditivos. Debe obtener su examen de aparatos auditivos, audífonos y ajustes de un proveedor de NationsHearing. Otros servicios de audición no están cubiertos durante esta evaluación.
Servicios de audición: Examen de audición de rutina • Limitado a 1 examen por año.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen auditivo de rutina. Debe obtener su examen auditivo de un proveedor GlobalHealth. Los servicios médicos que no son de rutina proporcionados durante la visita pueden requerir un copago.
Examen de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Para mujeres que están embarazadas cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Atención de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las visitas médicas a domicilio cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
domicilio. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	**Puede que se requiera autorización previa.** No hay costos compartidos para los servicios de atención médica a domicilio y los artículos proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. Sin embargo, los costos compartidos aplicables que se indica en otra parte del cuadro de beneficios médicos se aplicarán si el artículo no es proporcionado por una agencia de atención médica a domicilio. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios de apoyo de atención médica a domicilio (Papa Pals) Los servicios cubiertos incluyen: • Tareas domésticas, como preparación de comidas, organización, lavandería • Asistencia técnica, como la configuración de teléfonos o computadoras personales, asistencia con las citas de telesalud • Transporte hacia y desde las citas con el médico, las compras de comestibles u otras tareas • Consultas virtuales El servicio se proporciona hasta 60 horas por año, con un mínimo de una hora por visita. Para programar los servicios, llame al 1-855-486-4037 (TTY: xxx). La llamada inicial incluirá una evaluación para encontrar a su “amigo” que se ajuste a sus intereses y necesidades.	No se aplica coseguro, copago ni deducible por servicios de apoyo de atención médica a domicilio.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Papa Pals se somete a verificaciones de antecedentes penales, verificaciones de registros de vehículos motorizados y participa en capacitación y educación continuas.	
Terapia de infusiones en el hogar El tratamiento de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • El entrenamiento y capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los servicios profesionales cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo. **Puede que se requiera autorización previa.** Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Cuidados paliativos Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:	Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare, Original Medicare y no efectúa el pago de los servicios de cuidado paliativo y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, diferentes a Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP). No se aplica coseguro, copago ni deducible para los

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo • Atención a domicilio Para servicios en centros de cuidado paliativo, servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y servicios que estén relacionados con un pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por los servicios de cuidado paliativo relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con un pronóstico terminal: si necesita servicios que no son requeridos urgentemente, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con un pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que acuda a un proveedor de la red de nuestro plan y de que siga las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solamente paga la suma correspondiente del costo compartido del plan por servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme al método "pago por cada servicio" de Medicare (Original Medicare). Para los servicios que están cubiertos por Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) pero no por la Parte A o B de Medicare: Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén vinculados o no con un pronóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están	servicios de consultas de cuidados paliativos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
relacionados con su afección terminal en un centro para cuidados paliativos, usted pagará la distribución de costos. Si están relacionados con su afección terminal en un centro para cuidados paliativos, usted pagará la distribución de costos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.3 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?*) **Nota:** Si necesita cuidado no paliativo (cuidado que no esté relacionado con un pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Inyección contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la Hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, Hepatitis B y COVID-19. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Atención en hospital para pacientes internados Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital	Para cada hospitalización cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted pagará un copago de $0 hasta:

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) provee servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre (incluidas la conservación y administración)	• $250 por día para los días 1 a 7. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen para los días 8 a 90. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190. Los copagos por servicios hospitalarios se aplican en la fecha de admisión. **Puede que se requiera autorización previa. Excepto en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital.** Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su situación de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Servicios de médicos **Nota:** Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital. Nuestro plan cubre hasta 90 días para una internación en hospital por admisión. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días por admisión.	Para cada hospitalización cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted pagará un copago de $0 hasta: • $250 por día para los días 1 a 7. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. Los copagos por servicios hospitalarios se aplican en la fecha de admisión. **Puede que se requiera autorización previa. Excepto en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	usted será admitido en el hospital. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su situación de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Hospitalizaciones: servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Usted paga los mismos copagos o coseguros por los servicios tal como se detallan en otra parte de esta tabla de beneficios. Usted paga el 100% de los cargos del centro por una hospitalización no cubierta en un hospital o un SNF. Su copago o coseguro por servicios ambulatorios aplicables se aplica a los servicios y suministros cubiertos por Medicare que recibe durante una internación no cubierta en un hospital o un SNF. Consulte los servicios para pacientes ambulatorios en otra parte de esta tabla para conocer los costos. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
***Beneficio de alimentos** Después del alta: • Cubrimos las comidas para los miembros dados de alta de un centro para pacientes internados (hospital, SNF o rehabilitación para pacientes internados). • Las internaciones de pacientes ambulatorios en un hospital no cuentan; usted debe ser admitido como paciente internado (si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital). • Limitado a 3 comidas por día durante 14 días, para un total de 42 comidas, hasta 4 altas por año. Crónico: • Limitado a 2 comidas por día durante 7 días, para un total de 14 comidas, hasta 1 vez por año.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de alimentos. **Puede que se requiera autorización previa.**
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año natural.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

TAGGED

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Medicamentos recetados de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria • Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió el trasplante de órgano • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, loa anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y Parte D.	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.** Para quimioterapia: usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.	
Línea de enfermería Un profesional de enfermería está disponible 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros pueden llamar cuando tengan preguntas sobre problemas relacionados con la salud, como síntomas que están experimentando o si deben consultar a un médico o ir a un hospital. Llame a 1-877-281-5127 (TTY: 711).	No se aplica un coseguro, copago ni deducible para las consultas de la Línea de enfermería.
Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios de programas para tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA) para tratamientos asistidos por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de programas de tratamiento de opioides certificados cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**

IMPRESO

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas Para obtener ayuda para encontrar un programa de tratamiento de opioides certificado, comuníquese con Beacon Health Options al 1-888-434-9202 (TTY: 711) de 7 a. m. a 5 p. m., hora del centro.	
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	Usted paga las sumas que se muestran a continuación.
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias: sangre • Sangre: incluidas la conservación y administración.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios: pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas • Radiografías • Análisis de laboratorio • Otras pruebas (por ejemplo, ecografías, electrocardiogramas y electroencefalogramas)	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por los servicios cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios: otras pruebas de diagnóstico ambulatorias Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, que incluyen, entre otras: • Ecografías • Resonancia magnética (RM), tomografía computarizada (TC) y tomografía por emisión de positrones (TEP)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las ecografías cubiertas por Medicare. Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita por otros servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	Es posible que se requiera autorización previa, excepto en el consultorio del PCP.
Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios: radioterapia • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias: suministros • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los suministros cubiertos por Medicare.
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas correspondientes del costo compartido por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Incluso si permanece en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por consulta para los servicios de observación cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	Usted paga lo siguiente, según qué servicios recibe.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: medicamentos y productos biológicos • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total del medicamento. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: servicios de emergencia • Servicios en un departamento de emergencias	Usted paga un copago de $0 hasta $90 por visita por todos los servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita. Si lo ingresan al hospital como paciente internado o como paciente ambulatorio en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios en un plazo de 24 horas por la misma

TAGGED

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta o debe recibir su atención durante la hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: pruebas de laboratorio, radiografías y suministros • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios y suministros cubiertos por Medicare.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: atención de salud mental • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por día para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: servicios de observación • Servicios de observación	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por los servicios de observación cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: cirugía para pacientes ambulatorios • Cirugía para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por consulta por los servicios cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas correspondientes del costo compartido por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Incluso si permanece en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención médica mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especializada, auxiliar médico u otro proveedor de atención médica mental	Usted abona un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita para sesiones individuales o grupales cubiertas por Medicare. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	
Servicios de rehabilitación ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: atención médica a domicilio Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje en el hogar.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias Los servicios cubiertos incluyen sesiones de asesoramiento individual o grupal, sesiones de asesoramiento sobre dependencia a las sustancias químicas y servicios de telesalud proporcionados por un psicólogo clínico, psiquiatra, médico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, asistente médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare, con autorización del estado, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. Servicios de administración de medicamentos y terapia prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado.	Usted abona un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita para sesiones individuales o grupales cubiertas por Medicare. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** En el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su hospitalización, usted es un	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita en concepto de servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio".	**Puede que se requiera autorización previa.** Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita por servicios cubiertos por Medicare en un departamento de cirugía ambulatoria. **Puede que se requiera autorización previa.**
Medicamentos y suministros de venta libre (OTC)* Usted es elegible para un beneficio $150 mensual que se utilizará para una combinación de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) (incluida la terapia de reemplazo de nicotina), alimentos y productos y asistencia de servicios públicos. • El beneficio de OTC se puede utilizar a través del catálogo o en algunas tiendas minoristas. • Su asignación se carga en la tarjeta de débito Smart Wallet cada nuevo período. • El balance que no se utilice no se transfiere al siguiente mes. • Algunos artículos podrían requerir una autorización previa. • Consulte nuestro sitio web www.GlobalHealth.com, para conocer el catálogo. Si tiene preguntas, comuníquese con NationsBenefits al 1-877-202-4718 (TTY:711) las 24 horas del día, los siete días de la semana.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para suministros y medicamentos de venta libre. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la internación en el hospital.	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por día para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Sistema personal de respuesta ante emergencias • Un dispositivo personal del sistema de respuesta ante emergencias • Servicio de monitoreo las 24 horas del día, los 7 días de la semana Para comenzar, comuníquese con NationsBenefits al 1-877-202-4718 (TTY:711) las 24 horas del día, los siete días de la semana.	No se aplica coseguro, copago ni deducible por un dispositivo del sistema personal de respuesta ante emergencias o el servicio de monitoreo.
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes auditivos y equilibrio básicos realizados por su PCP O especialista, si el médico los indica para determinar si requiere tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen exámenes preventivos, consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de su PCP. • Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Llame a su PCP para programar una cita de telesalud. Su PCP puede proporcionar servicios en línea o por teléfono. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación	**Visitas al consultorio del PCP:** No hay ningún coseguro, copago o deducible por los servicios del médico de atención primaria cubiertos por Medicare, excepto las pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios y los medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio o de telesalud. No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para ver a un asistente médico, miembro del personal de enfermería profesional u otro proveedor en el consultorio de su PCP. No se aplica coseguro, copago ni deducible para obtener servicios de telesalud. **Consultas con el especialista:** Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visitas al consultorio por

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: ◦ Usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ◦ Usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ En determinadas circunstancias, pueden realizarse excepciones a lo mencionado anteriormente. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, **si:** ◦ no es un paciente nuevo, **y** ◦ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y** ◦ el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su doctor, se hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas **si:** ◦ no es un paciente nuevo, **y** ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y** ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud	los servicios de especialistas cubiertos por Medicare, excepto pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios y medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio o consulta de telesalud. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.** Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita en el consultorio o consulta de telesalud para ver a un asistente médico, un miembro del personal de enfermería especializado u otro proveedor en el consultorio de un especialista. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.** Las visitas en otras ubicaciones durante las estadías cubiertas por Medicare están incluidos en los costos compartidos para esos servicios. **Puede que se requiera autorización previa.** **Visitas al consultorio para atención preventiva:**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	Un servicio de atención preventiva no tendrá un copago. Sin embargo, si usted es tratado o controlado por una afección médica existente durante la misma visita, se aplicará el costo compartido. **Pruebas de diagnóstico ambulatorias especializadas:** Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por separado para las pruebas diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas, entre otras, resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT) y tomografía por emisión de positrones (PET). **Es posible que se requiera autorización previa en el consultorio de un especialista.** **Medicamentos de la Parte B:** Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por separado para los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico: servicios dentales	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total

TAGED

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico)	por visita al consultorio para los servicios de odontología cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón) • Cuidados del pie de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita al consultorio por los servicios de podología cubiertos por Medicare. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**
Servicios de podología: cuidado de rutina adicional de los pies • Tratamiento del pie que generalmente se considera preventivo (es decir, corte o extracción de callos, verrugas, callosidades o uñas). • Se limita a 6 consultas por año	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de podología no cubiertos por Medicare. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes – una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico. **Debe realizarse una prueba de detección de cáncer de próstata a través de su PCP.** Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte "Cuidado para la vista" más adelante en esta sección para obtener más información.	por dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita ambulatoria para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos. Si se le diagnostica que usted abusa del alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes por año y que actualmente fuman, o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, a quienes un médico o profesional no médico calificado les prescribe LDCT durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón de LDCT después del examen de detección de LDCT inicial:* el miembro debe recibir una orden escrita para el examen de detección de cáncer de pulmón de LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier consulta adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide realizar una consulta de asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida para la realización posterior de exámenes preventivos de cáncer de pulmón mediante LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare correspondientes.	No se debe abonar un coseguro, copago ni deducible por las consultas de asesoramiento y de toma de decisiones compartida cubiertas por Medicare ni por la LDCT. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección para infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI): clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de STI cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.	la visita pueden requerir un copago.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen:	Usted paga lo siguiente, según qué servicios recibe.
Servicios para tratar enfermedades renales: educación y capacitación • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio)	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare, incluido el entrenamiento de autodiálisis.
Servicios para tratar enfermedades renales: diálisis en el hogar • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B”.	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por servicios de autodiálisis o apoyo en el hogar cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.** Usted paga la distribución de costos de atención de la agencia de atención médica a domicilio para el equipo de diálisis en el hogar, si lo proporciona una agencia de atención médica a domicilio. De lo contrario, usted paga la

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	distribución de costos del equipo médico duradero. **Puede que se requiera autorización previa.** Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios para tratar enfermedades renales: diálisis para pacientes internados • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales)	Sin cargo adicional. Consulte "Atención en hospital para pacientes internados" en esta Tabla de Beneficios Médicos para conocer la distribución de costos. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios para tratar enfermedades renales: diálisis para pacientes ambulatorios • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda tener acceso de manera temporal)	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por cada tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare en un centro para pacientes ambulatorios. **Puede que se requiera autorización previa.**
Atención en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (La definición de "atención en centros de enfermería especializada" se incluye en el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada suelen denominarse "SNF"). No se requiere hospitalización previa.	Para internaciones en centros de enfermería especializada cubiertas por Medicare por periodo de beneficios, usted paga un copago de $0 hasta:

FAGCD

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación) • Sangre (incluidas la conservación y administración). • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos/proveedores médicos En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones como las que se enumeran a continuación, es posible que pueda recibir su atención en un centro que no sea proveedor de la red, solo si el centro acepta las sumas de pago establecidas de nuestro plan. • Una casa de reposo o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	• No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen para los días 1 a 20. • Usted abona un copago de $185.50 por día para los días 21 a 100. Un período de beneficios comienza el día en que es ingresado como paciente internado o en un SNF y finaliza cuando no ha recibido atención durante una hospitalización o en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios. **Puede que se requiera autorización previa.**
***Tarjeta flexible Smart Wallet** • Tarjeta de débito cargada en cada período nuevo • Los saldos no utilizados no se transfieren al siguiente período • Asignación combinada de servicios dentales, auditivos y oftalmológicos:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios de Small Wallet. Solo pagaremos hasta un total de $1,000 por año por sus

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
◦ Es independiente de otras asignaciones para estos servicios o dispositivos enumerados en otra parte de esta Tabla de Beneficios Médicos. ◦ Se puede utilizar para cualquier servicio o dispositivo, incluidos los artículos no cubiertos, como implantes dentales o anteojos de sol recetados, o para copagos y coseguros. ◦ Se puede utilizar en cualquier ubicación. • Asignación combinada para artículos de venta libre, alimentos y productos agrícolas y asistencia de servicios públicos: ◦ Los artículos de OTC se pueden adquirir a través del catálogo o en determinadas tiendas minoristas. ◦ Los alimentos y los productos agrícolas pueden adquirirse en determinadas tiendas minoristas. ◦ La asistencia de servicios públicos puede utilizarse en varios tipos de servicios públicos. ◦ Se aplican restricciones.	gastos de bolsillo para una combinación de servicios y artículos de odontología, audición y visión. Usted paga el monto que excede esta asignación. También pagaremos hasta un total de $150 por mes para una combinación de artículos de venta libre, alimentos y productos y asistencia de servicios públicos. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco): con síntomas Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita al consultorio de un especialista de la red. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco): sin síntomas Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
como servicio médico preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por visita de paciente ambulatorio para los servicios de SET cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
***Transporte** Transporte terrestre sin carácter de emergencia para obtener atención y servicios médicamente necesarios según los beneficios del plan. • Los lugares aprobados por el plan se limitan a: ◦ Consultas con el médico ◦ Citas de laboratorio	No se aplica coseguro, copago ni deducible. **Puede que se requiera autorización previa.** *Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan o que no esté en el área de cobertura no cuenta para

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
◦ Citas de diálisis de quimio/terapia de rayos X/de la terapia de los rayos X. ◦ Visitas hospitalarias ambulatorias ◦ Citas de servicios preventivos para pacientes ambulatorios • Los viajes están limitados a 36 viajes de ida por año, un viaje de ida y vuelta equivale a 2 viajes de ida y vuelta • Los viajes están limitados a 50 millas de ida • Llame con al menos 72 horas de anticipación para programar viajes de rutina. Llame en cualquier momento para viajes urgentes Se permite un acompañante por viaje (el acompañante debe tener al menos 18 años de edad) Para obtener más información sobre los lugares aprobados por el plan, llame a Atención al Cliente. Para solicitar transporte, llame al 1-877-565-1637.	el cálculo del monto máximo de bolsillo.
Servicios requeridos urgentemente Los servicios requeridos urgentemente se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener los servicios de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente que el plan debe cubrir fuera de la red son los siguientes: i) necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios requeridos urgentemente de un proveedor fuera de la red. Los servicios urgentemente necesarios solo están cubiertos dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	**Visitas de urgencia:** Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare, excepto las pruebas de diagnóstico especializadas, durante la visita. **Pruebas de diagnóstico especializadas:** Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total por pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas, entre otras, resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT) y tomografía por emisión de positrones (PET).

IACOD

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
***Servicios requeridos urgentemente: cobertura a nivel mundial** • Esto incluye atención de emergencia o requerida urgentemente • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • No se cubren los tratamientos previamente programados y planificados (incluida la diálisis para una afección en curso) ni los procedimientos electivos. • Los servicios prestados por un dentista no están cubiertos	Usted paga $90 un copago por visita por servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted está cubierto hasta $50,000 por año para servicios de emergencia o urgentemente necesarios (combinados) fuera de los Estados Unidos. *Las sumas que paga por los servicios requeridos urgentemente no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.
***Asistencia de servicios públicos** • Asignación mensual $150 (combinada con asignación para productos de venta libre y alimentos y productos agrícolas) a través de la tarjeta de débito Smart Wallet • Los montos no utilizados no se transfieren al mes siguiente • Los servicios públicos aprobados incluyen lo siguiente: ◦ Servicios eléctricos, de gas, sanitarios y de agua ◦ Servicio telefónico fijo ◦ Servicio de televisión por cable ◦ Ciertos gastos de petróleo	No se aplica coseguro, copago ni deducible. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.
Cuidado para la vista Los servicios cubiertos incluyen:	Usted paga lo siguiente, según qué servicios recibe.
Atención para la vista: Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de $0 hasta el 20% del costo total

TAGGED

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto	por visita para exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**
Atención para la vista: anteojos cubiertos por Medicare • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía)	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas. Los anteojos pueden ser solo lentes, solo marcos o par completo (monturas y lentes). Debe obtener los anteojos de un proveedor de EyeMed.
Atención para la vista: examen de la vista de rutina • Un examen ocular de rutina complementario por año a ser ajustado para anteojos o lentes de contacto.	No se aplica coseguro, copago ni deducible.
Atención para la vista: exámenes preventivos • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más e hispánicos estadounidenses que tienen 65 años de edad o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
***Cuidado de la vista: anteojos complementarios**	No se aplica coseguro, copago ni deducible.

IAGCD

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Elección de anteojos o lentes de contacto. ◦ Los anteojos pueden ser: ▪ Pares (monturas y lentes). ▪ Lentes únicamente ▪ Solo monturas ◦ Adaptación para anteojos o lentes de contacto Nota: Las mejoras, como lentes progresivos o el tintado, no están cubiertas.	Solo pagaremos hasta un total de $300 por anteojos suplementarios por año. Si el valor de los anteojos que compra es más elevado que este monto permitido, usted paga el monto que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo. Debe obtener los anteojos de un proveedor de EyeMed.
Consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" El plan cubre una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" únicamente en los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por un electrocardiograma cubierto por Medicare de una sola vez si se solicita como resultado de su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

IAGD

Beneficios dentales complementarios obligatorios

Asignación anual máxima: $2,500

Una vez que se haya agotado la asignación máxima anual, usted deberá pagar los cargos restantes.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Puentes, coronas, incrustaciones y recubrimientos • D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2650, D2651, D2652, D2662, D2663, D2664, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792 o D2794 se limitan a uno por diente por fecha de servicio. • D2910, D2915 o D2920 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial. • D2931 se limita a una vez por diente por fecha de servicio. • D2940 se limita a una vez por diente de por vida. • D2950, D2951, D2952, D2953 o D2954 una vez por diente por fecha de servicio. • D2980 se limita a una vez por diente por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial. • D2999	$0
Limpiezas: estándar y periodontales • D1110 y D4346 se limitan a dos cada 12 meses. • D4910 se limita a cuatro cada 12 meses (después de la terapia activa).	$0
Consulta • D9310 se limita a una vez por fecha de servicio.	$0

TAGGED

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Dentaduras postizas: dentaduras completas, ajustes y reparaciones • D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5282, D5863 o D5864 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5283, D5865 o D5866 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D5284 se limita a una vez por fecha de servicio. • D5286 se limita a una vez por fecha de servicio. • D5410, D5411, D5421, D5422 se limitan a dos ajustes por arcada por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5511, D5512, D5520 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio. • D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5710, D5730 o D5750 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5711, D5731 o D5751 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5720, D5740, D5760 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5725 se limita a una por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5721, D5741 o D5761 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5765 se limita a una vez por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5810, D5811, D5820, D5821 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D5850 o D5851 se limitan junto con una nueva dentadura o después de 60 meses de la colocación de una nueva dentadura. • D5876, D5899, D59999	$0

TAGGED

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios endodónticos: tratamientos de conducto • D3110 o D3120 se limitan a una vez por diente de por vida. • D3220 o D3221 se limitan a una vez por diente de por vida. • D3310, D3320, D3330, D3331, D3346, D3347, D3348, D3410, D3421, D3425, D3426, D3430 se limitan a una vez por diente de por vida. • D3999	$0
Exámenes: de rutina e integrales • D0120, D0160, o D0170 se limitan a dos cada 12 meses. • D0150 o D0180 se limitan a uno cada 36 meses. • D0140 se limita a tres cada 12 meses.	$0
Extracciones • D7111, D7140, *D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, *D7250 o *D7251 se limitan a una por diente de por vida.	$0
Empastes • D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394 o D2990 se limitan a un arreglo por diente, por superficie, una vez en 24 meses.	$0
Tratamiento con flúor • D1206 o D1208 se limitan a dos cada 12 meses.	$0
Servicios Varios • D9910 se limita a dos por 12 meses. • D9911 se limita a una vez por diente por fecha de servicio. • D9930 se limita a una vez por año. • D9932, D9935 • D9950 se limita a uno cada 60 meses. • D9951 se limita a uno cada 12 meses. • D9952 se limita a uno por fecha de servicio • D9999	$0
Óxido nitroso y sedación • D9211, D9215, D9222, D9230, D9239 o D9248 se limitan a uno por diente por fecha de servicio. • D9223 o D9243 se limita a 3 por fecha de servicio.	$0

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cirugía oral • D7260, D7261 se limitan a dos por arcada por fecha de servicio. • D7285, D7286 • D7310 o D7311 se limitan a una vez por cuadrante de por vida. • D7320 o D7321 se limitan a una vez por cuadrante de por vida. • D7340, D7350 se limitan a una vez por arcada de por vida. • D7410, D7411, D7440, D7441, D7450, D7451, D7460, D7461 • D7471 se limita a dos por arcada de por vida. • D7472 se limita a una vez de por vida. • D7485, D7473 se limitan a dos de por vida. • D7510, D7520, D7521 • D7511, D7630, D7953 • D7961 o D7963 se limitan a una vez por arcada de por vida. • D7962 se limita a una vez por arcada de por vida. • D7970 se limita a una vez por arcada de por vida. • D7971 se limita a una vez por diente de por vida. • D7999	$0
Otros servicios de periodoncia: raspado y alisado radicular; desbridamiento de toda la boca • D4210, D4211, D4240, D4241, D4260 o D4261 se limitan a una vez por cuadrante por fecha de servicio. • D4212 se limita a una vez por diente por fecha de servicio. • D4249 se limita a una vez por diente permanente de por vida. • *D4341 o D4342 se limitan a una vez por cuadrante por fecha de servicio. • D4355 se limita a uno cada 36 meses. • D4999	$0
Otros servicios de restauración: recementado, preparación de coronas, carillas, reparaciones • D2915 y D2920 se limita a una vez por diente por fecha de servicio después de 6 meses de la colocación inicial. • D2940 se limita a una vez por diente de por vida. • D2950 se limita a una vez por diente por fecha de servicio.	$0
Tratamiento paliativo (de emergencia) • D9110	$0

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Dentaduras Postizas: Fijas • D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251 o D6252 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio. • D6253 se limita a una vez por fecha de servicio. • D6545, D6548, D6549, D6600, D6601, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6783, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793 o D6794 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio. • D6920, D6930, D6940, D6980 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D6999	$0
Dentaduras postizas: extracción parcial, ajustes y reparaciones • D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5227 y D5228 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D5410, D5411, D5421 y D5422 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio después de 6 meses de la colocación inicial. • D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650 y D5660 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio. • D5720, D5721, D5725, D5740, D5741, D5760, D5761, D5765 y D6930 se limitan a una vez por fecha de servicio solo después de 6 meses de la colocación inicial.	$0
Consultas Profesionales • D9410, D9420 se limitan a una vez por fecha de servicio.	$0
Teledentistry • D9995 o D9996 se limitan a una vez por fecha de servicio.	$0
Radiografías y diagnósticos: de aleta de mordida, panorámica, intraoral • D0210, D0277, D0330 o D0372 se limitan a uno cada 36 meses. • D0220 se limita a uno por fecha de servicio • D0270, D0272, D0273, D0274 o D0373 se limitan a uno cada 12 meses.	$0

*Requiere revisión médica

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP)?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP)

Para obtener información sobre los servicios que no están cubiertos por Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP), pero que están disponibles a través de Medicaid, incluidos los servicios de exención de Medicaid, consulte su Manual del Miembro de Medicaid o llame a Texas Health and Human Services Commission al número de teléfono gratuito 1-800-252-8263 (para obtener la información de contacto adicional, consulte el Capítulo 2, Sección 6).

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

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están "excluidos".

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

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto según las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. Única excepción: si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 9, Sección 6.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugías o procedimientos cosméticos		• Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
		• Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Atención de apoyo El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales. Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.		Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	✓	
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	

TAGGED

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Cuidado dental no rutinario		La atención odontológica requerida para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como atención médica ambulatoria o durante hospitalización. Para obtener beneficios adicionales, en la Tabla de Beneficios Médicos, consulte Cuidado dental: servicios preventivos y Cuidado dental: servicios integrales.
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies		Calzado que forma parte de una pierna ortopédica y que está incluido en el costo de la misma. Calzado ortopédico o terapéutico o zapatos para personas con pie diabético.
Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	✓	
Sala privada en un hospital.		Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Anulación de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
Cuidado de los pies de rutina		Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad con las pautas de Medicare, (p. ej., en caso de diabetes). Consulte Servicios de podología: cuidado de rutina adicional de los pies en la Tabla de Beneficios Médicos para obtener cobertura adicional.
Servicios considerados no razonables y necesarios, según	✓	

TAGGED

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
los estándares de Original Medicare		

TAGGED

CAPÍTULO 5:

Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

TAGGED

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

La mayoría de nuestros miembros califican y obtienen "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si está en el programa de "Ayuda Adicional", **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado "Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados" (también conocida como "Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos" o "Cláusula Adicional LIS"), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su "Cláusula Adicional LIS".

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **describe las reglas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura bajo sus beneficios de Medicaid. Consulte su Manual del Miembro de Medicaid o llame a Texas Health and Human Services Commission al número de teléfono gratuito 1-800-252-8263 (para obtener la información de contacto adicional, consulte el Capítulo 2, Sección 6).

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D

El plan generalmente cubre sus medicamentos siempre que usted cumpla las siguientes normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) que le emita una receta válida conforme a la legislación estatal vigente.
- Su emisor de la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- El medicamento debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos en forma abreviada "Lista de Medicamentos"). (Lea la Sección 3: *Sus medicamentos deben estar incluidos en la "lista de medicamentos" del plan*).

TAGGED

- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una "indicación médica aceptada" consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

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

Sección 2.1 Utilizar una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si adquiere los medicamentos en las farmacias de la red del plan. (Lea la Sección 2.5 para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que figuran en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.GlobalHealth.com) o llamar a Atención al Cliente.

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

¿Qué hacer si una farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Atención al Cliente o utilizar el *Directorio de Farmacias*. También puede obtener esta información ingresando a nuestro sitio web www.GlobalHealth.com.

¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos deberán adquirirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo. Generalmente, un Centro de Atención a Largo Plazo o LTC (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, consulte con Departamento de Servicios para Miembros.

- Farmacias de Servicios de Salud para Indígenas Americanos o del Programa de salud tribal/indígena/urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (**Aviso:** Estos casos suceden con muy poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de Farmacias* o llame a Atención al Cliente.

Sección 2.3 Utilización de los servicios de pedidos por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con **"NM"** en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de **hasta 100 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas, inicie sesión en su cuenta de Caremark.com o llame al Servicio al Cliente de CVS.

Por lo general, los pedidos de farmacia de envío por correo se entregan en un plazo máximo de 10 días. Si la farmacia de venta por correo prevé un retraso en el pedido, se le notificará el retraso. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con el Servicio al Cliente de CVS para analizar las opciones, que pueden incluir el surtido en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de identificación y números de recetas. Si desea que le entreguen sus medicamentos al día siguiente o a los dos días, puede solicitarlo al representante del Servicio al Cliente de CVS por un cargo adicional.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar primero con usted, si:

- Usted utilizó los servicios de venta por correo con este plan en el pasado.
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas en cualquier momento comunicándose con el número gratuito de Atención al Cliente de CVS Caremark al 1-844-449-0360. Los usuarios de TTY pueden marcar el 711.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea y no fue contactado para saber si la quería antes de que se enviara, puede ser elegible para un reembolso.

TACTD

Si anteriormente utilizó el servicio de pedido por correo y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando al Servicio al Cliente de CVS.

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de pedidos por correo o decide interrumpir automáticamente el surtido de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para comprobar si desea que se le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si desea enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Renovaciones para recetas médicas enviadas por correo postal. Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático llamado ReadyFill at Mail. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento. La farmacia lo contactará antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si tiene medicación suficiente o si le cambiaron el medicamento.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de quedarse sin medicamentos recetados. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su suscripción en nuestro programa ReadyFill, que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando al Servicio al Cliente de CVS.

Si recibe vuelven a surtirle un medicamento automáticamente por correo y lo no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos?

El plan ofrece dos maneras de obtener suministros prolongados (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en nuestra lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias* le indica qué farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con Atención al Cliente para obtener más información.
2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de venta por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

TAGGED

Sección 2.5 Casos en que usted puede usar una farmacia que no está en la red del plan

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Para ayudarlo, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Primero comuníquese con Atención al Cliente** para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estos son los casos en que cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

1. Para calificar para el beneficio de reclamación de farmacia fuera de la red, debe haber experimentado uno de los siguientes:
   - No es posible acceder de manera oportuna a una farmacia abierta de la red dentro de una distancia razonable en automóvil.
   - El medicamento no está disponible en una farmacia minorista accesible de la red ni en una farmacia de pedidos por correo.
   - El medicamento es dispensado por una farmacia basada en una institución fuera de la red mientras se encuentra en una sala de emergencias, una clínica de un proveedor, una cirugía ambulatoria u otro centro de atención urgente para pacientes ambulatorios.
   - Se lo desplaza del lugar de residencia debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública, y no puede obtener razonablemente un medicamento de la Parte D en una farmacia de la red.
2. Las recetas surtidas en farmacias fuera de la red se limitan a un suministro de un mes, a menos que circunstancias extraordinarias, aprobadas por nuestro director médico, justifiquen suministros adicionales.
3. Las recetas surtidas en farmacias ubicadas fuera de los Estados Unidos y sus territorios no están cubiertas.

En estas situaciones, le rogamos que primero se comunique con Departamento de Servicios para Miembros para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente, deberá pagar el costo total en el momento en que surte la receta médica. Puede solicitarnos el reembolso. (En el Capítulo 7, Sección 2, se explica cómo solicitar el reintegro al plan).

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

Sección 3.1 La "lista de medicamentos" le informa sobre los medicamentos Parte D que están cubiertos

El plan tiene una "*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)"*. En esta *Evidencia de Cobertura*, **se denomina "Lista de Medicamentos" para abreviar.**

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura bajo sus beneficios de Medicaid. Consulte su Manual del Miembro de Medicaid o llame a Texas Health and Human Services Commission al número de teléfono gratuito 1-800-252-8263 (para obtener la información de contacto adicional, consulte el Capítulo 2, Sección 6).

Generalmente cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura especificadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médica aceptada. Una "indicación médica aceptada" consiste en el uso de un medicamento *que*:

- Aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos para el diagnóstico o la afección para los que se ha recetado.
- -- *o* -- Apoyado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares actúan con la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto biológico y su costo es menor. Existen sustitutos genéricos de medicamentos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

¿Cuáles son los medicamentos que *no* están en la Lista de medicamentos?

Los medicamentos cubiertos por Medicaid no están en la Lista de Medicamentos. Consulte su Manual del Miembro de Medicaid o llame a Texas Health and Human Services Commission al 1-800-252-8263 para obtener una lista de los medicamentos cubiertos.

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que el plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, lea la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la lista de medicamentos

Existen tres maneras de verificar esto:

1. Consulte la lista de medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.GlobalHealth.com). La lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para promover que usted y su proveedor utilicen los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la lista de medicamentos. Si un medicamento seguro de menor valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas del plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor valor.

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 recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o tipos de distribución de costos a las diferentes versiones del

medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

En las siguientes secciones, se incluye más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Atención al Cliente para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar solicitar una renuncia a la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9).

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

Por lo general, un medicamento "genérico" posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca, pero, generalmente, su costo es inferior. **En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, las farmacias de nuestra red le proveerán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos informa que existe una razón médica que demuestra que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos serán eficaces para tratar la misma condición, entonces cubriremos el costo del medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor si adquiere el medicamento de marca en lugar del medicamento genérico).

Obtención de aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. Esto se denomina "**autorización previa**". Se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero generalmente con la misma eficacia antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito para probar primero un medicamento diferente se denomina "**terapia escalonada**".

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que adquiere su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera?

Sección 5.1 Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera

Es posible que haya un medicamento recetado que toma actualmente, o un medicamento que usted o su proveedor consideren que debe tomar, que no se encuentre en nuestra lista de medicamentos o que se encuentre en ella con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que fuera cubierto.
- Si el medicamento que usted utiliza no está en la lista de medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, lea la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.

Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento?

Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de Medicamentos o existen ciertas restricciones, aquí hay algunas opciones:

- Usted puede obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

Usted puede obtener un suministro provisional

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para consultar con su proveedor por el cambio en la cobertura y para decidir cómo proceder.

A fin de ser elegible para un suministro provisional, el medicamento que estuvo tomando **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan o debe presentar en este momento algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos el suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si usted estaba en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal se otorgará por un máximo de 30 días. Si su receta médica está escrita por menos días, entregaremos varias renovaciones para proporcionar hasta un suministro máximo de 30 días de medicamentos. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).
- **Para miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro inmediatamente.**

  Cubriremos el suministro de emergencia de un medicamento en particular por 31 días o menos si su receta es por menos días. Se trata de una cobertura adicional, además del suministro provisional que se menciona anteriormente.

- **Para miembros actuales con un cambio en su nivel de atención:**

  Si experimenta un cambio en su entorno de atención (como ser dado de alta o ingresado en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (hasta 31 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Si tiene preguntas sobre suministros provisionales, llame a Atención al Cliente.

Durante el período en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado dicho suministro. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

2) Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción a fin de que cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que lo cubriera. Si su proveedor determina que, por su cuadro médico, se justifica solicitarnos una excepción, este podrá brindarle asistencia para formular la solicitud. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es actualmente miembro y un medicamento que está tomando será eliminado de la lista de medicamentos o se le aplicará alguna restricción el año siguiente, le informaremos sobre cualquier cambio antes del próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 9, Sección 7.4 para obtener más información sobre cómo proceder. Se explican los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de forma rápida y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?

Sección 6.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar modificaciones en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca registrada por un medicamento genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de Medicamentos en línea. A continuación destacamos las veces que usted recibirá avisos directos si se realizan cambios a un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año actual del plan

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca registrada en la Lista de Medicamentos (o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca registrada)**

TAGED

- Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones cuando se agregue el nuevo medicamento genérico.
- Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está actualmente tomando el medicamento de marca registrada. Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o el recetador pueden solicitarnos hacer una excepción y continuar con la cobertura de su medicamento de marca registrada. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, es posible que lo eliminemos de inmediato de la Lista de Medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo haremos saber de inmediato.
  - Su recetador también será informado sobre este cambio y puede consultar con usted para determinar otro medicamento a fin de tratar su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca registrada en la Lista de Medicamentos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca registrada. Además podríamos hacer cambios basados en las advertencias en el recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - En relación con estos cambios, debemos avisarle acerca de estos con una antelación de al menos 30 días o darle aviso del cambio y proporcionarle un suministro de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir la notificación del cambio, debe consultar con su recetador para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
  - Usted o su recetador puede solicitar que el plan haga una excepción y continúe con la cobertura de su medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice

el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca registrada, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni la suma de su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, usted probablemente no observará ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales sobre su uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de Medicamentos del próximo año del plan (cuando esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9.) Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, usted mismo debe pagarlo.

A continuación, se establecen tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- El plan, en general, no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El "uso fuera de lo indicado" se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para "uso fuera de lo indicado" se permite solo cuando el uso está avalado por ciertas referencias, como Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, es posible que algunos de estos medicamentos estén contemplados en su cobertura de medicamentos de Medicaid. Consulte su Manual del Miembro de Medicaid o llame a Texas Health and Human Services Commission al 1-800-252-8263.

- Medicamentos no recetados (también llamados OTC o de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- La receta médica para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para adquirir su receta médica, debe proporcionar sus datos de afiliación al plan que aparece en su tarjeta de identificación de miembro en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan sus medicamentos. Deberá mostrar su tarjeta de Medicaid cuando surta recetas que están cubiertas por Medicaid.

Sección 8.2 ¿Qué hacer si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

Si no tiene los datos de membresía del plan con usted cuando adquiere su medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. (Luego, podrá **solicitarnos el reembolso**. Lea el Capítulo 7, Sección 2 para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso del plan).

TAGD

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

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

Si usted es internado en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Una vez que tenga el alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted está internado en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro LTC, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la farmacia que el centro use, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Atención al Cliente. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare?

Los centros de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere determinados medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, un laxante, un medicamento para aliviar el dolor o un ansiolítico) que no se encuentra cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o al recetador que se lo notifique antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted renuncie a su elección de cuidados paliativos o sea dado de alta de su plan de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos según se indica en este documento. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá traer la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros para asegurarles de que están recibiendo atención médica segura y correcta.

Realizamos una revisión cada vez que adquiere un medicamento recetado. También efectuamos una revisión regular de nuestros registros. En estas revisiones, buscamos posibles problemas como los siguientes:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted toma otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o correctos por su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden ser peligrosas para usted si se toman en forma simultánea
- Recetas por medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, consultaremos con su proveedor para corregir el error.

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina no es seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestra DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de una farmacia en particular.

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de un médico en particular.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioide o benzodiacepina que cubriremos para usted.

Si planificamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta explicará las limitaciones que creemos que aplican a su caso. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y su recetador tienen derecho a solicitarnos un recurso de apelación. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

No quedará incluido en el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o enfermedad de las células falciformes, si está recibiendo cuidados paliativos, terminales, al final de la vida o vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que consumen medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o están en un DMP para ayudar a miembros a usar sus opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud puede darle un resumen integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar sobre sus medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos de venta libre. Recibirá una lista escrita con recomendaciones que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debe tomar y por qué lo hace. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Se recomienda hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta con relación a este programa, comuníquese con Atención al Cliente.

SECCIÓN 11 Enviamos informes en los que se explican los pagos por sus medicamentos

Sección 11.1 Enviamos un resumen mensual llamado "Descripción de Beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D")

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados o renovación de recetas médicas en la farmacia. En particular, mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. A esto se lo llama los costos "**de su propio bolsillo**".
- Realizamos un seguimiento de sus "**costos totales por medicamentos**". Esta es la suma que paga por sus gastos de bolsillo en efectivo o que otros pagan en su nombre, más la suma pagada por el plan.

Si usted ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de Beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"). La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes**. Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el total de costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas médicas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen un menor costo compartido para cada reclamo de receta médica.

Sección 11.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted efectúa por los medicamentos, nos basamos en registros brindados por las farmacias. A continuación le explicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Presente su identificación de miembro cuando se surta una receta médica.** Esto nos permite saber cuáles son las recetas que usted surte y qué está pagando.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted pague el costo total de un medicamento recetado. 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. Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan
  - Cuando usted efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante
  - Cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades en que usted ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales

  Si usted recibe la factura por un medicamento cubierto, podrá solicitar al plan nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, lea el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por al Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando usted recibe una EOB de la Parte D, revísela para verificar que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos a Atención al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

DRAFT

CAPÍTULO 6:

Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

TAGGED

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

La mayoría de nuestros miembros califican y obtienen "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si está en el programa de "Ayuda Adicional", **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado "Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados" (también conocida como "Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos" o "Cláusula Adicional LIS"), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su "Cláusula Adicional LIS".

TAGGED

CAPÍTULO 7:

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

TAGGED

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le reembolse estos fondos (es lo que denominamos "reembolso"). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le devolveremos el dinero por los servicios o medicamentos.

También habrá oportunidades cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que usted recibió o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos como se indica en el documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Veremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, le informaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, enumeramos ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar un reintegro de nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió:

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan**

   Puede recibir servicios de emergencia o requeridos urgentemente de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En estos casos, solicite al proveedor que le facture al plan.

   - Si usted pagó la suma total en el momento en que recibió la atención, solicite un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
   - Usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
     - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
     - Si usted ya pagó más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar más que su parte de los costos.

- Usted solo debe pagar la suma del costo compartido que le corresponde cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como "facturación del saldo". Esta medida de protección (por la cual nunca paga más de la suma del costo compartido que le corresponde) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor que la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reintegremos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía pagar según el plan.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

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

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

4. Cuando adquiere un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red

Si va a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para ver un análisis de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro, puede solicitarle al personal de la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado. Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro.

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

Deberá pagar el costo total de un medicamento recetado si se le informa que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reembolso del medicamento.

7. Cuando abona copagos según un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Si recibe ayuda de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos y paga copagos en virtud de este, fuera de los beneficios de nuestro plan, puede presentar una reclamación impresa para que sus gastos de bolsillo se tengan en cuenta para calificar para la cobertura catastrófica. Guarde su recibo y envíenos una copia.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos la solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero mediante una solicitud por escrito. Si envía la solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación médica dentro de los 60 días** posteriores a la fecha en que recibió el servicio o artículo, y debe enviarnos su **reclamo por Medicamentos Recetados dentro de los tres años** posteriores a la fecha en que recibió este artículo o medicamento de la Parte D.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar el formulario de reclamos para solicitar el pago.

- No está obligado a utilizar este formulario, pero nos ayudará a que podamos procesar la información más rápidamente. Incluya lo siguiente: nombre del proveedor, fechas de servicio, servicio proporcionado, recibo que muestre el pago o una copia de la factura pagada para que la revisemos a fin de realizar el reembolso.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.GlobalHealth.com) o solicite el formulario por teléfono a Servicio al Cliente.

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

Para Reclamos Médicos
Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo de pago a la siguiente dirección:

GlobalHealth of Texas, Inc.
Reclamos Médicos
P.O. Box 2718,
Oklahoma City, OK 73101

Para Reclamos de Medicamentos Recetados -
Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo de pago a la siguiente dirección:

Servicios de la Parte D de CVS Caremark
Solicitud de Reintegro
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos de la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no le enviamos el pago y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

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

Si usted cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o sobre la suma que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un

TAGGED

proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

TAGGED

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

TAGGED

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

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y que se ajuste a sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en letra grande, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera competente desde el punto de vista cultural y que sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico distinto. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. También podemos brindarle información en letra grande de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de un modo que le resulte cómodo, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en atención médica para la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen a dónde dirigirse para obtener este servicio a un costo compartido dentro la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, comuníquese a fin de presentar una queja ante Senior Director of Compliance and Legal Services, 210 Park Avenue, Ste 2800, Oklahoma City, OK 73102-5621 llamando al 1-877-280-5852 (línea gratuita) o enviando un correo electrónico a compliance@globalhealth.com. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla de manera directa en la Office for Civil Rights 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se prestan de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. Esta información está disponible en español. También podemos brindarle información en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de un modo que le resulte cómodo, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en atención médica para la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen a dónde dirigirse para obtener este servicio a un costo compartido dentro la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo a Senior Director of Compliance and Legal Services, 210 Park Avenue, Ste 2800, Oklahoma City, OK 73102-5621, teléfono: 1-877-280-5852 (número de teléfono gratuito) o envíe un correo electrónico a compliance@globalhealth.com. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) u otro proveedor que se mencione en el Capítulo 3, Sección 2.2 sin una remisión.

Usted tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención. También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados o renovaciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Si usted considera que no recibe atención médica o medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, en el Capítulo 9 se especifica lo que usted puede hace.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

- Su "información médica personal" incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado "Notificación de las Normas de Privacidad", que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le proporcione o pague su atención, *estamos obligados a obtener primero un permiso escrito de su parte o de parte de alguien a quien usted haya otorgado un poder legal para tomar decisiones en su nombre*.
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
  - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros, se realizará de acuerdo con las leyes y los reglamentos Federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica exclusivamente no sea compartida.

Puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si solicita esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o alguna duda con respecto a la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio al Cliente.

Avisos de Prácticas de Privacidad de GlobalHealth
ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA ("PHI"). REVÍSELO ATENTAMENTE.

GlobalHealth se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de la información de salud protegida ("PHI") de nuestros miembros en cumplimiento de las leyes y las regulaciones estatales y federales correspondientes, incluidas la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico

("HIPAA") de 1996 y la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica ("HITECH").

Cómo puede GlobalHealth usar o divulgar su información médica

Para tratamientos. Nosotros podemos usar o divulgar su PHI a un proveedor de atención médica, hospital u otro centro de atención médica para poder coordinar o facilitar el tratamiento.

Para pagos. Nosotros podemos usar o divulgar su PHI para pagar reclamos de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por los servicios que le hayan prestado y que están cubiertos por su plan de salud; para determinar su elegibilidad para los beneficios; para coordinar los beneficios; para realizar una revisión por necesidad médica; para cobrar las primas; para emitir explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en que usted participa; y otras funciones relacionadas con pagos.

Para Operaciones del Plan de Salud. Nosotros podemos usar o divulgar la PHI sobre usted con fines operativos del Plan de salud. Algunos ejemplos incluyen manejo de riesgos, seguridad del paciente, mejoramiento de la calidad, auditoría interna, revisión de uso, revisión médica o de colegas, certificación, cumplimiento reglamentario, capacitación interna, autorización, acreditación, investigación de quejas, mejora del desempeño, etc.

Negocios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre productos relacionados con la salud, beneficios o servicios asociados con su tratamiento, administración de la atención o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención médica.

Cuando lo permite o requiere la ley. Nosotros podemos usar o divulgar la información sobre usted, según lo permita o requiera la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información en los siguientes casos:

- A una agencia reglamentaria para llevar a cabo actividades incluidas, de manera no taxativa, autorizaciones, certificaciones, acreditaciones, auditorías, investigaciones, inspecciones e informes sobre dispositivos médicos.
- Para el cumplimiento de la ley al recibir una orden del tribunal, autorización oficial, citación u otro proceso similar.
- En respuesta a una orden de tribunal válida, citación, solicitud de exhibición u orden administrativa relacionada con una demanda, disputa o cualquier otro proceso legal.
- A las agencias de salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para las actividades de supervisión de la salud realizadas por agencias como los centros de Servicios de Medicare y Medicaid ("CMS"), el Departamento de Salud del estado, el Departamento de Seguros, etc.;
  , con fines de seguridad nacional, como la protección del presidente de los Estados Unidos o la realización de operaciones de inteligencia;
- Para poder cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con la compensación para los trabajadores.
- Para fines de coordinación de beneficios del seguro o Medicare, si corresponde.

- Cuando sea necesario para prevenir o reducir el peligro de una amenaza grave e inminente a una persona o al público, y dicha divulgación se realiza a una persona que puede prevenir o reducir el peligro de la amenaza (incluido el objetivo de la amenaza).
- En el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, según lo requiera la ley.

Asociados comerciales. Podemos usar o divulgar su PHI a socios comerciales a quienes contratamos para proporcionar servicios en nombre nuestro. Entre los ejemplos, se pueden incluir consultores, contadores, abogados, auditores, organizaciones de información de salud, proveedores de servicios de almacenamiento de datos y registros electrónicos de salud, etc. Solo realizaremos estas divulgaciones si recibimos una garantía satisfactoria de que el socio comercial protegerá adecuadamente su PHI.

Personal o representante autorizado. Nosotros podemos usar o divulgar la PHI a su representante autorizado.

Familia, amigos y encargados del cuidado. Podemos divulgar su PHI a un familiar, encargado del cuidado o amigo que le acompañe o esté involucrado en su atención o tratamiento médico o que ayude a pagar su atención o tratamiento médico. Si usted no puede o no está disponible para aceptar u objetar una decisión, utilizaremos nuestro mejor juicio para comunicarnos con su familia y otras personas.

Emergencias. Podemos usar o divulgar su PHI en caso de una emergencia si el uso o la divulgación es necesaria para su tratamiento de emergencia.

Militares/Veteranos. Si usted es miembro o veterano de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial del cumplimiento de la ley.

Recordatorio de citas. Podemos usar o divulgar su PHI para comunicarnos con usted como un recordatorio de que tiene una cita para el tratamiento o la atención médica. Esto se puede hacer a través de correo directo, correo electrónico o llamada telefónica. Si no está en su casa, podemos dejar un mensaje en una máquina contestadora o con la persona que responda el teléfono.

Recordatorio de medicamentos y resurtidos. Podemos usar o divulgar su PHI para recordarle que debe surtir sus recetas médicas, para comunicarle sobre el equivalente genético de un medicamento o para incentivarlo a que tome sus medicamentos con receta médica.

Conjunto de datos limitados. Si usamos su PHI para armar un “conjunto de datos limitados”, podemos dar esa información a otros con fines de investigación, acción de salud pública u operaciones de atención médica. Las personas o entidades que reciben el conjunto de datos limitados deben tomar medidas razonables para proteger la privacidad de su información.

Cualquier otro uso. Divulgaremos su PHI para propósitos que no se describen en este aviso solo con su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (según corresponda), usos y divulgaciones de PHI con fines de mercadeo o recaudación de fondos, y divulgaciones que constituyen una venta de PHI requieren su autorización por escrito.

TAGGED

NOTA: La información autorizada para divulgación puede incluir expedientes que puedan indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible sobre la que se deba informar de acuerdo con la Ley Estatal.

Sus derechos respecto de su información médica

Derecho a Inspeccionar y Copiar

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI según lo indica la ley. Este derecho no se aplica a las notas de psicoterapia. Su solicitud se debe hacer por escrito. Tenemos el derecho a cobrarle las cantidades permitidas por la ley estatal y federal de esas copias. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar sus expedientes en determinadas circunstancias. Si le deniegan el acceso, puede apelar con su Oficial de privacidad.

Derecho a la Comunicación Confidencial

Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su PHI por otros medios o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar recibir una comunicación de nuestra parte en otra dirección u otro número de teléfono. Su solicitud debe ser por escrito e identificar cómo o cuándo desea que se comuniquen con usted. Nos reservamos el derecho a rehusarnos a cumplir con su solicitud si no es razonable o no es posible hacerlo.

Derecho a un informe de divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su PHI a terceros, excepto aquellas divulgaciones hechas para tratamiento, pago o atención médica u operaciones del plan de salud y divulgaciones que se le hacen a usted, las autoriza usted o de conformidad con este Aviso. Para recibir un informe, debe presentar su solicitud por escrito y proporcionar el período específico solicitado. Puede solicitar un informe de hasta seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud (tres años si la PHI es un registro electrónico de salud). Si solicita más de un (1) informe en un período de 12 meses, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos sobre los costos y usted puede revocar su solicitud antes de que incurramos en ellos.

Derecho a solicitar restricciones sobre los usos o las divulgaciones

Tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI a terceros, a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Su solicitud se debe hacer por escrito y especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos, y (3) a quién desea que apliquen las limitaciones. Nosotros no estamos obligados a cumplir con su solicitud. Si estamos de acuerdo, haremos todos los esfuerzos razonables para cumplir con su solicitud a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia o la divulgación ya se haya hecho o que la ley requiera la divulgación. Cualquier acuerdo con respecto a las restricciones debe estar firmado por una persona autorizada para celebrar dicho acuerdo en nuestro nombre.

Derecho a Solicitar Enmiendas de PHI

Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de su PHI si cree que el registro es incorrecto o está incompleto. Debe presentar su solicitud por escrito y declarar las razones para la enmienda. Rechazaremos su solicitud si: (1) no es una solicitud por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud; (2) la información no la creamos nosotros o no es parte del expediente médico que

conservamos; (3) la información no es parte del expediente que usted tiene permitido revisar y copiar, o (4) la información en el expediente es exacta y completa. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nuestro Oficial de privacidad.

Derecho a ser notificado sobre un incumplimiento

Tiene derecho a recibir notificaciones sobre cualquier incumplimiento de su PHI no protegida.

Derecho a revocar una autorización

Puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, pero solo en cuanto a usos o divulgaciones futuros y no con respecto a divulgaciones que ya se hayan hecho en virtud de la autorización que nos ha otorgado o cuando no se requiere autorización.

Derecho de recibir una copia de este aviso

Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita.

Cambios a este aviso

GlobalHealth se reserva el derecho a cambiar este aviso y tomar nuevas disposiciones para toda la PHI que conservamos.

Para denunciar una violación de la privacidad

Si tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos de privacidad o cree que sus derechos fueron violados, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad en:

ATENCIÓN: Oficial de Privacidad
GlobalHealth
210 Park Avenue
Suite 2800
Oklahoma City, OK 73102
Número de teléfono gratuito: 1-877-280-5852 (deje un mensaje) o
Correo electrónico privacy@globalhealth.com

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. No se lo multará ni sufrirá represalias por presentar una queja.

Fecha de entrada en vigor: 8/1/2021
Notificación Original: 4/1/2003
Revisado: 4/1/2011; 4/1/2013; 8/1/2021

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

Como miembro de Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP), usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y la forma en que nosotros pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 se brinda información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación escrita sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

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

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

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no"**. Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

IMPRIMIR

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted llega a estar incapacitado para tomar esas decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar directivas anticipadas en estas situaciones se denominan "**directivas anticipadas**". Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Los documentos llamados "**testamentos vitales**" y "**poder notarial para atención médica**" son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea definir sus instrucciones en una "directiva avanzada", deberá:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si no puede hacerlo. Tal vez desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar una directiva anticipada o no (incluso si desea firmarla una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguieron sus instrucciones consignadas en esta, podrá presentar una queja ante las siguientes instituciones:

Junta Médica de Texas
333 Guadalupe
Tower 3, Suite 610
Austin, TX 78701
Teléfono: (800) 248-4062 (Texas solamente) o (512) 305-7030 (Fuera de Texas)

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

Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento especifica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo justamente.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 o por TTY al 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si es por otro motivo

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y* que *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).
- Puede llamar al defensor de Medicaid, HHS Office of the Ombudsman, al 1-866-566-8989 (TTY: 711), de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.

TAGED

- Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y Protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.9 Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología

La tecnología rápidamente cambiante afecta la atención médica y la medicina tanto como cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico tienen beneficios a largo plazo, nuestro plan controla y evalúa cuidadosamente las nuevas tecnologías para su inclusión como beneficios cubiertos. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y nuevos medicamentos.

Sección 1.10 Puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a efectuar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades incluidos en este capítulo. Llame a Atención al Cliente si tiene alguna sugerencia.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4 puede encontrar detalles sobre sus servicios médicos.
  - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de identificación de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o su tarjeta de identificación de miembro del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga sus medicamentos recetados de la Parte D.

TAGGED

- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
  - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerlo y de obtener una respuesta que puede entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio.
  - Si debe pagar la suma adicional para la Parte D por sus ingresos más altos (según lo consignado en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando dicha suma directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, necesitamos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
  - **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

TAGD

CAPÍTULO 9:

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

TAGGED

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se describen los procesos para tratar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si desea utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambas cosas, comuníquese con Atención al Cliente.
2. El tipo de problema que tenga:
   - Para algunos problemas, usted deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
   - Para otros problemas, deberá recurrir al **proceso al para presentar quejas;** también denominadas reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y fechas límites que usted y nosotros debemos cumplir.

La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En algunas normas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo, se utilizan términos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase "presentar una queja" en lugar de "presentar un reclamo", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de organización" o "determinación de cobertura" o "determinación de riesgo" y "organización de revisión independiente" en lugar de "Entidad de Revisión Independiente".
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos. Conocer los términos que deben utilizarse lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda y la información correspondientes para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

TAGGED

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, tenemos la obligación de respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe dirigirse a Servicio al Cliente para solicitar ayuda. Pero, en algunas situaciones, también es posible que quiera recibir asistencia o consejos de otras organizaciones externas no relacionadas con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa le pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

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

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov).

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asistencia en caso de tener algún problema, también puede comunicarse con Texas Health and Human Services Commission. Existen dos maneras de obtener información directamente de Texas Health and Human Services Commission:

- También puede llamar a Texas Health and Human Services Commission al 1-800-252-8263.
- Puede visitar el sitio web de Texas Health and Human Services Commission en https://www.hhs.texas.gov/

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, tiene diferentes procesos que puede utilizar para manejar su problema o reclamo. El proceso que utilice depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema se refiere a un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema se refiere a un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir

si desea utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con Atención al Cliente.

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la siguiente tabla.

¿Su problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid?

Si desea obtener ayuda para saber si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid, comuníquese con Atención al Cliente.

Mi problema se relaciona con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Resolución de problemas sobre sus beneficios de Medicare".**

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Pase a la **Sección 12** de este capítulo, **"Resolución de problemas sobre sus beneficios de Medicaid".**

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debería usar usted el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debería usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o reclamos sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si servicios de atención médica o medicamentos recetados están cubiertos o no, la modalidad de cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.

TAGGED

Sí.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 5, "Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones".**

No.

Pase directamente a la **Sección 11** al final de este capítulo: **"¿Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas?".**

SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se utilizan en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluido el pago. Este es el proceso que debe utilizar para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto debemos pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (que lo favorece) siempre que le presta atención médica o si lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza 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 solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

En caso de no estar de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una "apelación rápida" de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza 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 solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si contestamos negativamente a toda o parte de su apelación de Nivel 1, su apelación pasará automáticamente a un Nivel 2. Una organización de revisión independiente que no está vinculada a nosotros lleva a cabo la apelación de Nivel 2.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 2, podrá recurrir a niveles adicionales de apelación. (La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones del Nivel 3, 4 y 5).

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

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

- Usted **puede llamarnos a Atención al Cliente**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser nombrado como su representante. Llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario "Designación del Representante". El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com.

- Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
- Para los medicamentos de la Parte D, su médico y otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o su recetador puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si usted desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario "Designación del Representante". El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com. El formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días naturales después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será destituida. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y fechas límites diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 6** de este capítulo: "Su atención médica: ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura?"
- **Sección 7** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación?"
- **Sección 8** de este capítulo: "¿Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en hospital más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto?"

- **Sección 9** de este capítulo: "¿Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto?" (*Se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF))

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicio al Cliente. También puede pedir ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.

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

Sección 6.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*). Para simplificar las cosas, generalmente, nos referimos a la "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye los artículos y servicios médicos, así como los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud para un medicamento recetado de Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos recetados de Parte B son diferentes de las normas para los elementos médicos y los servicios.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Ha recibido y pagado por la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es por cuidado hospitalario, atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos Legales
Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **"determinación de organización"**. Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación acelerada"**.

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

Una "decisión de cobertura estándar" suele tomarse en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una "decisión de cobertura rápida" suele tomarse en un plazo de 72 horas, para los servicios médicos, o 24 horas, para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Puede solicitar *solo* la cobertura para la atención médica *que aún no recibió*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto *su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente acordaremos otorgarle una cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explica que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, se la comunicaremos automáticamente.
  - Explica cómo puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

TAGED

Paso 2: Solicite a nuestro plan una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días calendarios después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es por un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare,** le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, 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 que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un elemento o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo,** si usted solicita una extensión, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

TAGGED

Paso 4: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos Legales
Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama **"reconsideración".** Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

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

Por lo general, una "apelación estándar" se realiza en un plazo de 30 días. Una "apelación rápida" se realiza, generalmente, en un plazo de 72 horas.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted o su doctor deberán decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "apelación rápida", le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" detallados en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una Apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días naturales** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta en la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, pueden incluirse los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

TAGED

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, revisamos detalladamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y posiblemente nos comunicaremos con usted o su médico.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para apelaciones rápidas, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y de forma automática su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación "estándar"

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días naturales** después de recibir su solicitud. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico**.** Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida". Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

- Si no le damos una respuesta en la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan tiene una respuesta negativa a una parte o a toda su apelación, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina **"IRE"** (Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

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 por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la organización de revisión independiente da una respuesta afirmativa a parte o a toda una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o proveer el servicio dentro de los **14 días calendario** de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o brindar el servicio **dentro de las 72 horas** de la fecha en la que el plan reciba la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a toda la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en cuestión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares** o **dentro de las 24 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas.**
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Le explica su decisión.
  - Le informa del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando alcanza un determinado mínimo. El aviso escrito que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará la suma en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
  - Le informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones del Nivel 3, 4 y 5.

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

Si ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le reintegre estos fondos (lo que denominamos "reembolso"). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le devolveremos el dinero por los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **En caso de que nuestra respuesta sea afirmativa:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si nuestra respuesta es negativa:** si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos los servicios y los motivos por los cuales no pagaremos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá 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 apelaciones descrito en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días naturales de haber recibido su apelación. Si solicita un reintegro por atención médica que usted recibió y pago, no podrá solicitar una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente decide que tenemos que pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días naturales.

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

Sección 7.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento Parte D

Sus beneficios la incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener más información sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus Medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "Medicamento de la Parte D". También utilizamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "Lista de Medicamentos Cubiertos" o "Formulario".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de los cubramos.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **"determinación de cobertura".**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Cómo solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Cómo solicitar que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener) **Solicitar una excepción. Sección 7.2**

TAGD

- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitar un reintegro. Sección 7.4**

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

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **"excepción de formulario"**. Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **"excepción de formulario".**

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión acerca de la cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación, detallamos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos.**
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 7.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico debe especificar las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente, *no* aprobaremos la solicitud de excepción.

TAGGED

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si respondemos negativamente a su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

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

Término legal
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada"**.

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

Las **"decisiones de cobertura estándar"** se toman dentro de las **72 horas** de haber recibido la declaración de su médico. Las **"decisiones de cobertura rápida"** se toman dentro de las **24 horas** después de haber recibido la declaración de su médico.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le autoricemos una "decisión de cobertura rápida". **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Debe solicitar un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida de un reintegro por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándares puede *causar graves daños a su salud o dañar su capacidad de funcionar.*
- **Si su médico u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico o del profesional que expide recetas, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explica que, si su médico u otro recetador solicita la decisión de cobertura rápida, se la comunicaremos automáticamente.
  - Explica cómo puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su reclamo dentro de las 24 horas de la recepción.

TACED

Paso 2: Solicite una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación rechazada se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (u otro recetador) o su representante. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de respaldo",** que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

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

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
  - Con respecto a las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
  - Con respecto a las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días naturales de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos Parte D se denomina una **"redeterminación"** del plan. Una "apelación rápida" también se denomina **"redeterminación acelerada".**

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Por lo general, una "apelación estándar" se realiza en un plazo de 7 días. Una "apelación rápida" se realiza, generalmente, en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida".

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si requiere una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro recetador deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una **"apelación rápida".**

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al** 1-844-449-0360. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días naturales** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta en la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, pueden incluirse los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

<u>Paso 3:</u> Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para apelaciones rápidas, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, para que una organización de revisión independiente la revise. En la Sección 7.6, se explica el proceso de una apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar" con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.
  - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la Sección 7.6, se explica el proceso de una apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos proveer la cobertura tan rápido como su salud lo requiera, pero a más tardar dentro de los **7 días calendario** después de haber recibido su apelación. **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar" con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 30 días naturales de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si contestamos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

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

TAGED

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina **"IRE"** (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Si contestamos negativamente a su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación "en riesgo" en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a brindar 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 relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación "rápida"

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una "apelación rápida".
- Si la organización decide otorgarle una "apelación rápida," deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibida su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación "estándar"

TAGED

- Si usted presenta una apelación estándar, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibida su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted está solicitando que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya ha comprado, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

Para "apelaciones rápidas":

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **dentro las 24 horas** después de haber recibido nosotros la decisión de la organización revisora.

Para "apelaciones estándar":

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud de cobertura,** debemos **proveer la cobertura del medicamento** aprobada por la organización revisora **dentro las 72 horas** después de haber recibido nosotros la decisión de la organización revisora.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o toda su solicitud de un reintegro** por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibida la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si esta organización rechaza una parte o toda su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Le explica su decisión.
- Le informa de su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando alcanza un determinado mínimo. Si el valor dólar de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el nivel 2 será definitiva.
- Decirle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. Lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la "**fecha de alta**".
- Cuando se determine su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

Dentro de los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos*. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le dice:
   - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su internación en el hospital.
   - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho **a solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si cree que lo están dando de alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria.
2. **Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.**
   - Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso.

- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso ***no* significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Tenga su copia** del aviso a mano para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) en caso de necesitarla.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
   - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea ingresando a www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

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

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límites.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, el Departamento de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar a la medianoche de su fecha de alta programada.**
  - **Si cumple este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
  - **Si *no* cumple con este plazo,** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar en cambio la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que nos comuniquemos, le daremos un **Aviso Detallado de Alta**. Este aviso indica la fecha de alta prevista y explica detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Puede acceder a una muestra del Aviso Detallado de Alta si llama a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad ("los revisores") le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.
- Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores nos informaron de su apelación, usted recibirá un aviso escrito de nuestra parte en el que se indica su fecha de alta prevista. En este aviso también se explican detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *afirmativa*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización revisora es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** el mediodía de la fecha *después* de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, entonces **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de Calidad dijo *no* a su apelación *y* usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: Contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *no* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días naturales después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión respecto de su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario**.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?

Término legal
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina **“apelación acelerada”.**

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar de forma rápida para iniciar su apelación de Nivel 1 del alta hospitalaria. Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad, puede presentar la apelación por otros medios.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida"**. Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos "rápidos" en lugar de plazos "estándares". El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Efectuamos una revisión "rápida" de su fecha de alta programada y verificamos si es correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Vemos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una "revisión rápida".

- **Si la respuesta a su apelación es afirmativa,** significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos brindando los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos negativamente a su apelación,** significa que consideramos que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
    - Si usted permaneció internado en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si respondemos *negativamente* a su apelación, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina **"IRE"** (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Paso 1:</u> Su caso será trasladado automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo, se describen los pasos que se deben seguir para presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> La organización de revisión independiente efectúa una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa*.** debemos devolverle el dinero de nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.

- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa,*** significa que están de acuerdo en que su fecha de alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.
  - El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, de la cual se encarga un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

<u>Paso 3:</u> Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan no a su apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar a la apelación de Nivel 3.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

TACTD

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1 *En esta sección, se describen solamente tres servicios:* servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).

Cuando recibe **servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria)**, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Término legal
El **"Aviso de No Cobertura de Medicare"** le informa cómo puede solicitar una **"apelación rápida".** Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
   - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
   - Cómo solicitar una "apelación rápida" para solicitarnos que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
2. **Usted u otra persona que actúe en su nombre deberán firmar el aviso escrito para confirmar que lo recibió.** Si firma el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **El hecho de que firme este aviso no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de que debe finalizar la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límites.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, el Departamento de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite una apelación rápida. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió (*Aviso de No Cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación **al mediodía anterior a la fecha de vigencia** indicada en el Aviso de No Cobertura de Medicare.

Su fecha límite para contactar a esta organización.

- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
"Explicación Detallada de la No Cobertura". Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad ("los revisores") le consultarán a usted o a su representante las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día en que los revisores nos informen respecto a su apelación, recibirá la **Explicación Detallada de la No Cobertura** de nuestra parte, en la que se explican de forma detallada nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores contestan afirmativamente?

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario**.
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores contestan negativamente?

- Si los revisores contestan *negativamente*, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos**.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar 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 de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria o la atención en centros de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta afirmativamente?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

TAGED

Sección 9.5 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación (dentro de un día o dos, a más tardar). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Término legal
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida"**. Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos "rápidos" en lugar de plazos "estándares". El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos por la finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una "revisión rápida".

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es afirmativa,** significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar; y continuaremos la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación es no,** su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y ya no pagaremos ninguna parte del costo después de esta fecha.
- Si usted aún recibió atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, entonces **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

TAGLD

Paso 4: Si respondemos *no* a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina **"IRE"** (Independent Review Entity).

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativo* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su "apelación rápida". Esta organización decide si debería cambiarse la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Su caso será trasladado automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo, se describen los pasos que se deben seguir para presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente efectúa una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización contesta *afirmativamente* a su apelación,** debemos devolverle el dinero de nuestra parte de los costos por la atención que usted recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de los servicios.
- **Si esta organización contesta *negativamente* a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
- El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar a la apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente contesta negativamente a su apelación, usted decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor dólar del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno Federal** revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es sí, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**. A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si apelamos la decisión, pasará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibida la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si la respuesta del Juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**. A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se acepta o no su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos Parte D

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza una cierta suma de dinero, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si la suma de dinero es menor, no podrá continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno Federal** revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o abogado mediador **dentro de un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **dentro de un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta no a su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. El aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se acepta o no su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A

continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Por ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal de Departamento de Servicios para Miembros o de otras áreas del plan? ◦ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o exámenes médicos o al adquirir una receta médica.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿Fallamos en proporcionarle un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la *puntualidad* de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Nos solicitó una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" y le contestamos de forma negativa; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.

Queja	Por ejemplo
	• Cree que no cumplimos los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **"Queja"** también se denomina **"reclamo".**
- **"Presentar una queja"** también se denomina **"presentar un reclamo".**
- **"Utilizar el proceso para quejas"** también se denomina **"utilizar el proceso para presentar un reclamo".**
- Una **"queja rápida"** también se denomina un **"reclamo acelerado".**

Sección 11.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: contáctenos inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar a Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Resolveremos su reclamo tan pronto como sea posible, pero no más de 30 días después de recibirlo. Si, por alguna razón imprevista, no podemos resolver su reclamo en un plazo de 30 días, le informaremos por escrito el motivo de la demora y cuándo puede esperar una resolución. Los reclamos relativos a nuestra decisión de no realizar una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida se tramitan en un plazo de 72 horas a partir de su recepción.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema que la originó.

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

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida".** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o toda su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 11.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de Calidad**. La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de Calidad y a nosotros al mismo tiempo**.

Sección 11.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Sección 12.1 Paso a paso: Cómo presentar una queja de Medicaid ante el plan

Cómo presentar una queja de Medicaid ante el plan:

Paso 1: Contáctenos inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- Generalmente, llamar a Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso. Si hay algo más que usted necesite hacer, Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.

TAGED

- Si su inquietud se relaciona con un servicio o artículo cubiertos principalmente por Medicaid o por Medicare y Medicaid, puede solicitar una Audiencia Estatal, la cual se presenta ante la Oficina de Audiencias Estatales. Llame a Texas Health and Human Services Commission al número de teléfono gratuito 1-800-252-8263 (para obtener la información de contacto adicional, consulte el Capítulo 2, Sección 6).

- Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Resolveremos su reclamo o queja tan pronto como sea posible, pero a más tardar **30 días** después de que la recibamos. Si, por alguna razón imprevista, no podemos resolver su reclamo o queja en un plazo de 30 días, le informaremos por escrito el motivo de la demora y cuándo puede esperar una resolución. Las reclamaciones asociadas a nuestra decisión de no realizar una determinación rápida de organización/cobertura o una reconsideración/redeterminación rápida se procesan en un plazo de **72 horas** a partir de su recepción.
- La fecha límite para presentar una queja es de **60 días naturales** a partir del momento en que tuvo el problema por el cual realiza la queja.

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

- Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- La mayoría de las quejas se responden en un plazo de **30 días naturales**. Si necesitamos más información y la demora será para su beneficio, o bien si usted solicita una extensión, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o "apelación rápida", automáticamente le otorgaremos el derecho a una "queja rápida". Si presenta una "queja rápida", significa que le daremos una respuesta en un plazo de **24 horas**.
- Si no estamos de acuerdo con su queja de forma total o parcial, o bien no asumimos la responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 12.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación para los beneficios de Medicaid

Presentar una apelación para los beneficios de Medicaid

Paso 1: Contáctenos inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- Generalmente, llamar a Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso. Si hay algo más que usted necesite hacer, Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
  - Si su inquietud se relaciona con un servicio o artículo cubiertos principalmente por Medicaid o por Medicare y Medicaid, puede solicitar una Audiencia Estatal, la cual se presenta ante la Oficina de Audiencias Estatales.

- Usted o su representante deben solicitar una Audiencia Imparcial Estatal (por escrito) dentro de los **90 días** posteriores a la fecha del aviso en el que se deniega su solicitud de apelación. Llame a Texas Health and Human Services Commission al número de teléfono gratuito 1-800-252-8263 (para obtener la información de contacto adicional, consulte el Capítulo 2, Sección 6).

- Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su apelación por escrito y enviarla a nuestras oficinas. Si presenta su apelación por escrito, se la responderemos por escrito.
  - Su solicitud por escrito debe incluir la siguiente información:
    - Su nombre
    - Domicilio
    - Número de miembro
    - Motivos de la apelación
    - Cualquier evidencia que desee que revisemos, como historias clínicas, cartas de médicos u otra información en la que se explique por qué necesita el artículo o servicio. Si necesita esta información, llame a su médico.
  - El plazo para presentar la apelación es de **60 días naturales** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura.

Paso 2: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Para apelaciones estándar, debemos proporcionarle nuestra respuesta en un plazo de **30 días naturales** después de que recibamos su apelación. Si presenta su solicitud por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta en un plazo de **7 días naturales** después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura en un plazo de **30 días naturales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días naturales** si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan tiene una respuesta negativa forma total o parcial a su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

TAGGED

CAPÍTULO 10:

Finalización de su membresía en el plan

TAGGED

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no por su propia elección):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su membresía.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide dejar el plan, pero nosotros debemos cancelar su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este debe seguir proporcionando su atención médica y medicamentos recetados y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice la membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos períodos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes Periodos de Inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar hasta el próximo período para finalizar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No puede utilizar este Periodo de Inscripción Especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todos los beneficiarios de Medicare pueden realizar cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Periodo de Inscripción Anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Periodo de Inscripción Anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
  - Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si cancela una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura "válida" para medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con la Oficina Estatal de Medicaid para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6, de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual (también conocido como el "Período Anual de Inscripciones Abiertas"). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos, y tome una decisión sobre su cobertura para el siguiente año.

- El **Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios a su cobertura para el siguiente año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado

    O

  - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1 de enero.

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

TAGED

Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage**.

- **El Período de Inscripción Abierta anual en Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual en Medicare Advantage,** puede hacer lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados 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 2.4 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Período especial de inscripción.

En ciertos casos, puede ser elegible para finalizar sus membresías en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período especial de inscripción**.

Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si cualquiera de las siguientes situaciones aplica en su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (https://www.medicare.gov):

- Usualmente cuando se ha mudado.
- Si tiene Texas Health and Human Services Commission.
- Si es elegible para que “Ayuda Adicional” pague sus recetas médicas de Medicare.
- Si infringimos el contrato con usted.
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención a largo plazo.
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Nota: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, hay más información sobre estos programas.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **Los períodos de inscripción varían** según su situación.

- **Para conocer si es elegible para el Período Especial de Inscripción**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado

O

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

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

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 otorgan más información sobre el período de inscripción especial para los beneficiarios de Medicaid y la "Ayuda Adicional".

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar a Atención al Cliente.**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare y Usted 2023***.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

TAGGED

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado ◦ Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática. ◦ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasan 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos recetados válida, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto. • Usted también puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su suscripción. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. • Su suscripción en Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) se cancelará cuando entre en vigencia su cobertura de Original Medicare.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de Texas Health and Human Services Commission, comuníquese con Texas Health and Human Services Commission al 1-800-252-8263 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta el modo en que obtiene su cobertura Texas Health and Human Services Commission.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) y comience su nueva cobertura de Medicare y de Medicaid, debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o el servicio de pedidos por correo para surtir sus recetas**.
- **Si usted se interna en el hospital el día que finaliza su membresía, su internación será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigencia su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?

Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B
- Usted ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere en un plazo de un mes, sigue teniendo derecho a la membresía en nuestro plan.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a seis meses
  - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos

TAGED

- Si brinda información falsa u omite comunicar la información de un plan médico adicional que le provee la cobertura de medicamentos recetados
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
  - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.
- Si debe pagar la suma adicional de la Parte D por sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre las circunstancias en las que podemos cancelar su membresía, llame a Servicio al Cliente.

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

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

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

TAGGED

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

TAGGED

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Capítulo XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. También pueden regir otras leyes federales y, en ciertos casos, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no están incluidas o definidas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes Federales contra la discriminación, incluidos el Capítulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos Federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si tiene alguna discapacidad y requiere ayuda para el acceso a la atención médica, llame a Servicio al Cliente. Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

GlobalHealth:

- Da asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos)
- Da servicios gratis de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes cualificados
  - Información por escrito en otros idiomas

TAGGED

Si necesita estos servicios, comuníquese con Atención al Cliente de GlobalHealth llamando al 1-844-280-5555 (llamada gratis) (TTY:711).

Si cree que GlobalHealth no le brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a: ATTN: Senior Director, Compliance & Legal Services, 210 Park Ave, Suite 2800, Oklahoma City, OK 73102 o enviar un Correo Electrónico a: compliance@globalhealth.com. Puede presentar una queja en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, no dude en comunicarse con el Servicio al cliente.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono a: U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington,
DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

GlobalHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

GlobalHealth:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Atención al Cliente de GlobalHealth en 1-844-280-5555 (gratis) (gratis) (TTY:711).

Si considera que GlobalHealth no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: ATTN: Senior Director, Compliance & Legal Services, 210 Park Ave, Suite 2800, Oklahoma City, OK 73102 o enviar un Correo Electrónico a: compliance@globalhealth.com. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y
Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la
siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

GlobalHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

GlobalHealth:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con GlobalHealth Customer Care al 1-844-200-8167 (sin cargo) (número de teléfono gratuito) (TTY: 711).

Si considera que GlobalHealth no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: ATTN: **Senior Director, Compliance & Legal Services**, 210 Park Ave, Suite 2800, Oklahoma City, OK 73102 o enviar un correo electrónico a: compliance@globalhealth.com. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:
U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Prospecto en varios idiomas

Servicios de intérprete en varios idiomas

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe:
إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-200-8167 (TTY: 711) (sin cargo). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-844-200-8167 (sin cargo) (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, incluidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de reglamentaciones federales (CFR), Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP), en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección suplantan a cualquier ley estatal.

TAGGED

CAPÍTULO 12:
Definiciones de términos importantes

Centro de Cirugía Ambulatoria: un Centro de Cirugía Ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Período de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Coseguro: una suma que quizá deba pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo por los servicios o los medicamentos recetados.

Queja: "Hacer un reclamo" se conoce formalmente como "presentar una queja". El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple con los tiempos designados en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión, por ejemplo, entre otros, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del contexto familiar.

Copago: suma que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es una suma fija (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Costo Compartido: el costo compartido se refiere a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier suma fija de "copago" que un plan exige para recibir

servicios o medicamentos específicos o (3) cualquier suma de "coseguro", un porcentaje de la suma total pagada por un servicio o medicamento que el plan exige para recibir servicios o medicamentos específicos.

Determinación de cobertura: una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura".

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

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

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia, proporcionado por personas sin capacitación ni destrezas profesionales, incluye la ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

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

Deducible: la suma que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelar su membresía al plan.

Planes para Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP): en los D-SNP, se inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Capítulo XVIII de la Ley de Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Capítulo XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que califica para obtener la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones

eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o bien la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son (1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia, y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción de formulario). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

Ayuda Adicional: un programa de asistencia económica de Medicare o del Estado destinado a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

Queja: un tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas quejas por la calidad de atención. Esto no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente de Atención Médica Domiciliaria: una persona que provee servicios que no requieren las destrezas de un miembro del personal de enfermería o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de Cuidados Paliativos: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que está médicamente certificado como persona con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Internación en hospital: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio".

Suma de Ajuste Mensual Conforme con los Ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a una suma determinada, pagará la suma prima estándar y una Suma de Ajuste Mensual Conforme con los Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no abonará una prima más alta.

Periodo de Inscripción Inicial: período en que puede inscribirse la Parte A y Parte B de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos"): una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos: consulte "Ayuda Adicional".

Suma Máxima de su Gasto de Bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Las sumas que paga por las primas del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Si es elegible para obtener la asistencia de distribución de costos de Medicare que se contempla en Medicaid, no deberá abonar ningún gasto de bolsillo hasta el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo).

Medicaid (o Medical Assistance): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médica aceptada: consiste en el consumo de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage: período desde 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un Plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción

en el plan y cambiarse a otro Plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un iv) Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Brecha en Cobertura y no se encuentren recibiendo "Ayuda Adicional". Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Servicios Cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término "Servicios Cubiertos por Medicare" no incluye los beneficios adicionales, como servicios para la vista, dentales o auditivos, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Miembro (Miembro de nuestro Plan o "Miembro del Plan"): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la Red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la Red: "Proveedor" es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proveer servicios de atención médica. Los "**proveedores de la red**" tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Determinación de la Organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de una organización se denominan "decisiones de cobertura".

Original Medicare ("Medicare Tradicional" o Medicare de "Pago por cada servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y Usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan salvo en ciertos casos.

Proveedor fuera de la Red o Centro fuera de la Red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan relacionado con la coordinación o provisión de servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no contratados ni operados ni de propiedad de nuestro plan.

Gastos de su propio bolsillo: vea la definición anterior de "costo compartido". El requisito de costo compartido debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de "gastos de su bolsillo" del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido [Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE]) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC), y está destinado a ayudar a que personas debilitadas continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte "Plan de Medicare Advantage (MA)".

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario.

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 de la cobertura de la Parte D. Cada plan debe cubrir determinadas categorías de medicamentos de la Parte D.

TACTD

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D: la suma que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma suma que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse al plan Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional (Extra Help), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si cumple 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un Plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de una suma específica. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La suma de costo compartido correspondiente a los miembros en general será más alta cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de su bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

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

Autorización Previa: aprobación por adelantado para obtener servicios. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y Ortésica: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda, cuello, miembros y ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte o una función corporal interna, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período de tiempo específico.

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

Área de Servicio: Un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir,

generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un miembro del personal de enfermería o un médico.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios Requeridos Urgentemente: servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda tener acceso a ellos de manera temporal o cuando el afiliado esté fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

TAGD

Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) Servicios para Miembros

Método	Servicios para Miembros: Información de contacto
LLAME AL	1-844-200-8167 (sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
FAX	(405) 280-2960
ESCRÍBANOS	GlobalHealth of Texas, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) (Texas SHIP)

Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
ESCRÍBANOS	Texas Department of Aging and Disability Services 701 West 51st Street MC: W275 Austin, TX 78751
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de divulgación con respecto a la PRA. *Según la ley de Reducción de Papeles (PRA) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*