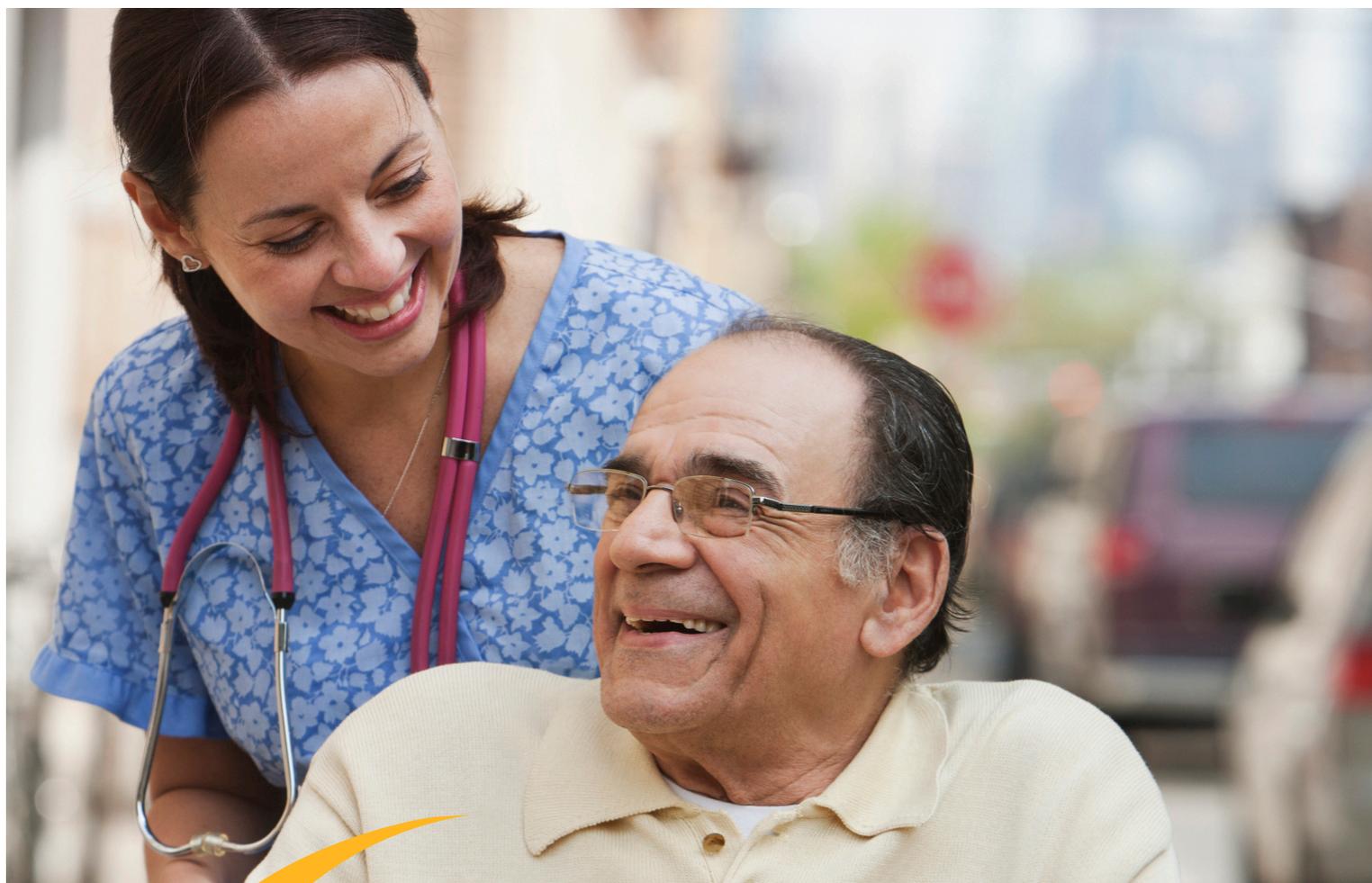


2023

Evidencia de Cobertura

American Health Advantage of Texas (HMO I-SNP)

January 1, 2023 – December 31, 2023



Número gratuito: 1-855-521-0628 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-833-312-0046)

Horas: De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre

TX.AmHealthPlans.com

Medicare^{Rx}
Prescription Drug Coverage

AMERICAN HEALTH
ADVANTAGE
OF TEXAS

January 1 – December 31, 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos incluidos y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como asegurado de American Health Advantage of Texas (HMO I-SNP)

Este documento incluye información sobre su cobertura de servicios de atención médica y medicamentos recetados de Medicare del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Asegurados al 1-855-521-0628 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046). El horario de atención es De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre.

Esta cobertura, American Health Advantage of Texas, es ofrecida por American Health Plan of Texas, Inc.. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa American Health Plan of Texas, Inc.. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa American Health Advantage of Texas).

Este documento está disponible en español sin costo.

Este documento puede estar disponible en un formato alternativo (letra grande).

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2024.

La lista de medicamentos, la red de farmacias o la red de prestadores de servicios médicos pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los asegurados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima de su plan y los costos compartidos.
- 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 requeridas por la ley de Medicare.

Y0144_EOCTXP00123_C

2023 Evidencia de cobertura

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado.....	4
SECCIÓN 1 Introducción.....	5
SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para convertirse en asegurado de nuestro plan?.....	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para asegurados que recibirá.....	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales por American Health Advantage of Texas.....	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual.....	13
SECCIÓN 6 Mantener su plan registro de asegurados actualizado.....	14
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....	15
CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos importantes.....	17
SECCIÓN 1 American Health Advantage of Texas Contactos (<i>cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Asegurados</i>)....	18
SECCIÓN 2 Medicare (<i>cómo obtener ayuda e información directamente del Programa Medicare Federal</i>).....	21
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	23
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	24
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	24
SECCIÓN 6 Medicaid.....	25
SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados.....	26
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....	28
SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro médico a través de un empleador?.....	28
CAPÍTULO 3: Uso del plan para sus servicios médicos.....	30
SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como asegurado de nuestro plan.....	31
SECCIÓN 2 Atiéndase con prestadores de servicios médicos de la red del plan para obtener atención médica.....	32
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, necesidad urgente de atención o durante una catástrofe.....	36
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?.....	38
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos al participar en un “estudio de investigación clínica”?.....	38
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención con cobertura en un “centro religioso no médico dedicado a la salud”.....	40
SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipo médico duradero.....	41
CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar).....	44

SECCIÓN 1	Cómo entender sus costos de bolsillo por los servicios con cobertura.....	45
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para determinar lo que tiene cobertura y cuánto pagará.....	47
SECCIÓN 3	¿Cuáles son los servicios sin cobertura del plan?.....	82
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D.....		86
SECCIÓN 1	Introducción.....	87
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	87
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	90
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	92
SECCIÓN 5	¿Qué ocurre en caso de que alguno de sus medicamentos no tenga la cobertura que a usted le gustaría?.....	93
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?.....	95
SECCIÓN 7	¿Qué tipo de medicamentos <i>no</i> incluye la cobertura?.....	97
SECCIÓN 8	Cómo surtir un medicamento recetado.....	98
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	99
SECCIÓN 10	Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos.....	101
CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D.....		104
SECCIÓN 1	Introducción.....	105
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre cuando obtiene el medicamento..	107
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de cobertura se encuentra.....	108
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos de los	109
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.....	110
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de lapso sin cobertura.....	113
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura para casos catastróficos, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos.....	113
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtiene..	113
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....		116
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de sus servicios o medicamentos con cobertura.....	117
SECCIÓN 2	Cómo debe solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido.....	119
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa.....	120

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades.....	121
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como asegurado del plan.....	122
SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado.....	127
CAPÍTULO 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	130
SECCIÓN 1 Introducción.....	131
SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada.....	131
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para tratar su problema?.....	132
SECCIÓN 4 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	133
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	136
SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	144
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.....	154
SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto.....	161
SECCIÓN 9 Cómo seguir con su apelación al Nivel 3 y niveles subsiguientes.....	167
SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas.....	170
CAPÍTULO 10: Finalización de su condición de asegurado en el plan.....	174
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su condición de asegurado en nuestro plan.....	175
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su condición de asegurado en nuestro plan?.....	175
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su condición de asegurado en nuestro plan?.....	176
SECCIÓN 4 Hasta la finalización de su condición de asegurado, tiene que seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.	177
SECCIÓN 5 American Health Advantage of Texas debe finalizar su condición de asegurado en ciertas situaciones.....	177
CAPÍTULO 11: Avisos legales.....	179
SECCIÓN 1 Aviso sobre ley vigente.....	180
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación.....	180
SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.	180
CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes.....	181
SECCIÓN 1 Definiciones de palabras importantes.....	182

CAPÍTULO 1

pasos como asegurado

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Actualmente está inscrito en American Health Advantage of Texas, que es un plan especializado de Medicare Advantage (“Plan para necesidades especiales”)**

Usted está cubierto por Medicare y decidió recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestra póliza, American Health Advantage of Texas.

American Health Advantage of Texas es un plan Medicare Advantage HMO (HMO son las siglas en inglés de Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y dirigido por una compañía privada.

American Health Advantage of Texas es un plan especializado Medicare Advantage (un “Plan para necesidades especiales” de Medicare Advantage), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. American Health Advantage of Texas está diseñado para personas que viven en una institución (como un asilo) o viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención que generalmente se proporciona en un asilo.

Nuestro plan incluye prestadores de servicios médicos que se especializan en el tratamiento de pacientes que necesitan este nivel de atención médica. Como asegurado del plan, usted obtiene beneficios especialmente personalizados y toda su atención está coordinada a través de nuestro plan.

La cobertura conforme a esta póliza cumple con los requisitos de cobertura médica elegible (QHC, en inglés) y con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (SII) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento de Evidencia de cobertura?

Este documento de *Evidencia de cobertura* explica cómo obtener su atención médica y los medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como asegurado del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios con cobertura” hacen referencia a la atención y a los servicios médicos, y a los medicamentos recetados que tiene a su disposición como asegurado de American Health Advantage of Texas.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado

Es importante que sepa cuáles son las reglas de la cobertura y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo para leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Asegurados.

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de cobertura**Forma parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo American Health Advantage of Texas cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos con cobertura (Vademécum)*, y cualquier aviso que reciba de parte nuestra acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones a veces se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato es válido durante los meses en los que esté asegurado por American Health Advantage of Texas entre el 1.º de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en las coberturas que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de American Health Advantage of Texas después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en un área de servicio, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) tiene que aprobar American Health Advantage of Texas todos los años. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare cada año como asegurado de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para convertirse en asegurado de nuestro plan?**Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

Usted será elegible para ser asegurado de nuestra cobertura siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- -- Y -- viva dentro de nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio aunque estén físicamente ubicados en ella.
- -- Y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre de manera legal en los Estados Unidos.
- -- y -- debe cumplir los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado**Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**

Para ser elegible para nuestro plan, debe vivir en un asilo disponible en nuestro plan.

- Vive en un asilo disponible a través de nuestro plan. Consulte el *Directorio de prestadores de servicios médicos* del plan para obtener una lista de nuestros asilos contratados o llame a Servicios para Asegurados y solicite que le enviemos una lista.
- —o— usted vive en casa y nuestro plan ha obtenido la certificación de que necesita el tipo de atención que normalmente se proporciona en un asilo.
- Nota: Si pierde su elegibilidad, pero puede esperarse razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de dos (2) meses, entonces usted sigue siendo elegible para ser asegurado de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 encontrará más información sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período que está considerado como elegibilidad continuada).

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para American Health Advantage of Texas

American Health Advantage of Texas está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo asegurado de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe como a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Anderson, Austin, Bell, Bexar, Blanco, Bosque, Brazos, Cherokee, Coleman, Collin, Colorado, Comal, Cooke, Dallas, Denton, Ellis, Erath, Fannin, Fayette, Franklin, Gregg, Grimes, Hamilton, Haskell, Henderson, Kaufman, Kendall, Kleberg, Knox, Lamar, Lampasas, Lee, Leon, Llano, Lubbock, McLennan, Nacogdoches, Panola, Rusk, Smith, Tarrant, Wichita, Wilson y Wood.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede continuar siendo asegurado de este plan. Comuníquese con Servicios para Asegurados para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en algún plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

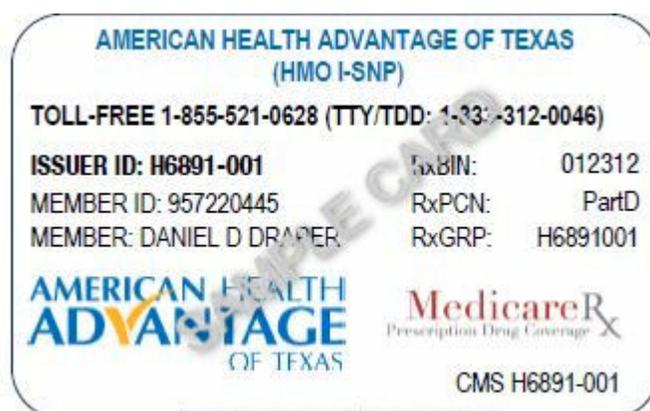
Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarlo. Puede encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residente legal

Los asegurados con cobertura médica de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o encontrarse de manera legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a American Health Advantage of Texas si usted no es elegible para permanecer como asegurado en base a esto. American Health Advantage of Texas tendrá que cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado**SECCIÓN 3 Materiales importantes para asegurados que recibirá****Sección 3.1 Su tarjeta de asegurado**

Mientras sea asegurado de nuestro plan, deberá usar su tarjeta de asegurado siempre que contrata servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtiene en farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al prestador de servicios médicos, si corresponde. Aquí presentamos una tarjeta de asegurado a modo de ejemplo para mostrarle cómo sería la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos incluidos mientras sea un asegurado de esta cobertura. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de asegurado de American Health Advantage of Texas, 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 se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios para pacientes terminales o si participa en estudios de investigación clínica, también denominados ensayos clínicos, aprobados por Medicare.

Si su tarjeta de asegurado de la póliza está dañada, se le perdió o se la robaron, comuníquese con Servicios para Asegurados de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado**Sección 3.2 Directorio de prestadores de servicios médicos**

El *Directorio de prestadores de servicios médicos* indica los prestadores de servicios médicos de la red y proveedores de equipo médico duradero. Los **prestadores de servicios médicos de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido de nuestro plan como pago total.

Debe utilizar prestadores de servicios médicos de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia 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 de diálisis fuera del área y casos en los que American Health Advantage of Texas autoriza el uso de prestadores de servicios médicos fuera de la red.

La lista más reciente de prestadores de servicios médicos y proveedores está disponible en nuestro sitio web en TX.AmHealthPlans.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de prestadores de servicios médicos*, puede solicitar una copia a Servicios para Asegurados

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El Directorio de farmacias detalla las farmacias que forman parte de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir medicamentos recetados para los asegurados de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia de Servicios para Asegurados. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web TX.AmHealthPlans.com.

Sección 3.4 La Lista de medicamentos con cobertura del plan (Vademécum)

La póliza tiene una *Lista de medicamentos con cobertura (Vademécum)*. La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Informa qué medicamentos recetados de la Parte D tienen cobertura conforme al beneficio de la Parte D incluido en American Health Advantage of Texas. El plan selecciona los medicamentos de esta lista, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del American Health Advantage of Texas.

La Lista de medicamentos le informa además si existen reglas que restringen la cobertura para sus medicamentos.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos se cubren, visite el sitio web del plan (TX.AmHealthPlans.com) o llame a Servicios para Asegurados.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales por American Health Advantage of Texas

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Programa de beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto del ajuste mensual acorde a sus ingresos (Sección 4.5)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor

El programa “Beneficio Adicional” ayuda a las personas de recursos limitados a pagar sus medicamentos. la Sección 7 del Capítulo 2 proporciona más información sobre este programa. Si usted cumple con los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de alguno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* puede no sea aplicable para usted**. Hemos enviado un anexo por separado, denominado la “Cláusula de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben el Beneficio Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también denominado “Cláusula sobre subsidio por ingresos bajos” [LIS, en inglés] o la “Cláusula sobre LIS”), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, llame a Servicios para Asegurados y pida la “Cláusula sobre LIS”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con ingresos diferentes. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2023*, la sección denominada “Costos de Medicare 2023”. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). También puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como asegurado de nuestro plan, pagas una prima mensual del plan. Para el 2023, la prima mensual American Health Advantage of Texas es \$25.00.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado**Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare****A muchos asegurados se les exige pagar otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo asegurado del plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los asegurados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos asegurados deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de la finalización del período de inscripción inicial, hay un período continuo de más de 63 días donde no tuvo cobertura de la Parte D ni ninguna otra cobertura válida de medicamentos recetados. Una “cobertura válida de medicamentos recetados” es aquella que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que se paga en la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez a American Health Advantage of Texas, le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder los beneficios de los medicamentos recetados.

No **tendrá** que pagarla en los siguientes casos:

- Recibe el “Beneficio Adicional” de Medicare para el pago de sus medicamentos recetados.
- Pasaron menos de 63 días consecutivos sin cobertura válida.
- Tuvo cobertura de farmacia válida a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía aseguradora o el departamento de recursos humanos le informará todos los años si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Es posible que esta información se le envíe en una carta o que se incluya en un boletín informativo enviado por la aseguradora. Conserve esta información, ya que es posible que la necesite si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
- **Nota:** El aviso debe indicar que usted contaba con una cobertura “válida” de medicamentos recetados que se esperaba que pagara la misma cantidad que paga por cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.
- **Nota:** Los siguientes ejemplos *no* son cobertura válida de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web con descuentos en medicamentos.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado

Medicare determina el monto de la multa. A continuación, se indica cómo funciona:

- Si pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados después de que fue elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes sin cobertura válida. Por ejemplo, si está 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional del año anterior. Para 2023, este monto promedio de la prima es de \$32.74.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y, luego, redondearlo al valor de 10 centavos más próximo. En el ejemplo de aquí sería 14 % veces \$32.74, lo que equivale a \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. Este monto se agregaría **a la prima mensual en el caso de una persona con una multa por inscripción de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que cabe destacar sobre esta multa mensual por solicitud tardía de cobertura de la Parte D:

- Primero, **es posible que la multa cambie cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **continuará pagando una multa** todos los meses mientras cuente con una cobertura que incluya beneficios para medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de cobertura.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la multa por solicitud tardía de cobertura de la Parte D será reajustada cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por solicitud tardía de cobertura de la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su período inicial para solicitar cobertura para la tercera edad en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar que una revisión Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha consignada en la primera carta que reciba para indicarle que debe pagar una multa por solicitud tardía de cobertura. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de adquirir nuestra cobertura, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto del ajuste mensual acorde a sus ingresos

Es posible que algunos asegurados deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto del ajuste mensual acorde a sus ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. El cargo adicional se calcula al utilizar sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) de hace 2 años. Si este monto es superior a cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado

monto adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una suma adicional, el Seguro Social y no su cobertura de Medicare le enviará una carta en la que se le informará el monto de la suma adicional. La suma adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo suela pagar la prima de su póliza, salvo que su beneficio mensual no alcance para cubrir la suma adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no alcanza para cubrir la suma adicional, recibirá una factura por parte de Medicare. **Debe pagar la suma adicional al gobierno. No puede pagarse con la prima mensual de su póliza. Si no tiene que pagar el monto adicional se cancelará su inscripción en el plan perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1**Opción 1: Pago con cheque**

Debe pagar su prima mensual directamente a nuestro plan con un cheque pagadero a “American Health Plan of Texas, Inc.”. Le enviaremos una factura cada mes por el pago y se pagará el día 15 de cada mes. Puede enviar su pago mediante cheque a: American Health Plan of Texas, Inc., ATTN: Member Premium, PO Box 682833, Franklin, TN 37068.

Opción 2: Puede hacer que se descuenta la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma en que paga su prima. Si decide modificar la forma en la que paga su prima, puede demorar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de garantizar que la prima de su plan se pague puntualmente. Para cambiar su prima, comuníquese con Servicios para Asegurados al usar el número de teléfono impreso en la contraportada de este manual.

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

Debe pagar la prima del plan en nuestra oficina antes del 15. Si tiene que pagar una multa por solicitud tardía de cobertura de la Parte D, debe pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problema para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicios para Asegurados para ver si podemos dirigirlo a los programas que lo ayudarán con los costos.

Si finalizamos su condición de asegurado debido a que no pagó la prima, tendrá cobertura médica mediante Original Medicare. Además, quizás no pueda recibir cobertura de la Parte D

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado

hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si pasa más de 63 días sin cobertura “válida” de medicamentos, es posible que tenga que pagar una multa por solicitud tardía de cobertura de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

Si cree que hemos finalizado su condición de asegurado por error, puede presentar una queja (también llamada queja formal); consulte el Capítulo 7 para saber cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que no pudo controlar y le imposibilitó el pago de su prima del plan dentro del período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En la Sección 10 del Capítulo 9 de este documento, se explica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-855-521-0628 entre De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-312-0046. Debe presentar su solicitud dentro de un plazo no mayor de los 60 días posteriores a la fecha de finalización de su cobertura.

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

No. No tenemos permitido cambiar el monto que cobramos para la prima mensual de su póliza durante el año. Si la prima mensual de su póliza cambia el año próximo, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1.º de enero.

No obstante, en algunos casos la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si es elegible para el programa “Beneficio Adicional” o si pierde elegibilidad para el programa “Beneficio Adicional” durante el año. Si un asegurado es elegible para el programa “Beneficio Adicional” con los costos de los medicamentos recetados, el programa “Beneficio Adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del asegurado. Un asegurado que pierde elegibilidad durante el año necesitará comenzar a pagar su prima mensual total. Puede encontrar más información sobre el programa “Beneficio Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener su plan registro de asegurados actualizado

Su registro de asegurados tiene información procedente de su formulario de solicitud de cobertura, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica incluido su prestador principal de servicios médicos.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros prestadores de servicios médicos en la red de la cobertura deben tener información correcta sobre usted. **Estos prestadores de servicios médicos de la red usan el registro de asegurados para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos para usted.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado

- Cambios de cualquier otra cobertura de seguro de gastos médicos que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge, indemnización del trabajador o Medicaid).
- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad, como por ejemplo un accidente automovilístico.
- Si ha sido ingresado en un asilo.
- si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red;
- si cambia su parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador);
- si participa de un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que le interesa participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cualquier parte de esta información cambia, llame a Servicios para Asegurados y háganoslo saber.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniqué con el Seguro Social para informarlo. Podrá encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otro tipo de cobertura que tenga con sus beneficios incluidos en nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta que incluye cualquier otro tipo de cobertura médica o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Revise esta información detalladamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame al Servicios para Asegurados. Es posible que necesite darle su número de asegurado del plan a otras compañías de seguro (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen a término y de manera correcta.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura médica grupal de su empleador), existen reglas establecidas por Medicare que decide si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. Quien paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si llegara a haber cargos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cobertura. Si tiene otro seguro, infórmeles a su médico, hospital y a su farmacia.

Estas reglas se aplican al empleador o a la cobertura médica grupal del sindicato:

- Si tiene cobertura como jubilado, Medicare paga primero.
- Si su plan médico grupal se basa en su empleo actual o en el empleo actual de uno de los miembros de su familia, quién pagará primero depende de su edad, de la cantidad de personas

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asegurado

empleadas por el empleador y de si está inscrito en Medicare según la edad, discapacidad o la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés):

- Si tiene menos de 65 años de edad y padece alguna discapacidad y usted o un miembro de su familia aún trabaja, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan médico múltiple del empleador que tenga más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años de edad y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en una cobertura médica múltiple del empleador que tenga más de 20 empleados.
- Si es asegurado de Medicare por padecimiento de enfermedad renal en estado terminal, su plan médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses de haber sido elegible para Medicare.

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

- seguro contra todo riesgo (seguro automovilístico incluido)
- responsabilidad legal (seguro automovilístico incluido)
- beneficios por neumoconiosis
- indemnización laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios que cubre Medicare. Solo pagan después de que hayan pagado Medicare, las coberturas médicas grupales del empleador o Medigap.

CAPÍTULO 2

y recursos importantes

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes**SECCIÓN 1** American Health Advantage of Texas Contactos (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Asegurados)**Cómo comunicarse con Servicios para Asegurados de nuestro plan**

Para obtener asistencia con las reclamaciones, la facturación o si tiene preguntas sobre la tarjeta de asegurado, llame o escriba a American Health Advantage of Texas Servicios para Asegurados. Con gusto le ayudaremos.

Método	Servicios para Asegurados: información de contacto
TELÉFONO	1-855-521-0628 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre Servicios para Asegurados también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-833-312-0046 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre
FAX	1-833-434-0553
CORREO	American Health Advantage of Texas 201 Jordan Rd, Ste 200 Franklin, TN 37067
SITIO WEB	TX.AmHealthPlans.com

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o los medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
TELÉFONO	1-855-521-0628 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre
TTY	1-833-312-0046 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre
FAX	1-833-434-0553
CORREO	American Health Advantage of Texas 201 Jordan Rd, Ste 200 Franklin, TN 37067
SITIO WEB	TX.AmHealthPlans.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias o prestadores de servicios médicos de la red, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
TELÉFONO	1-855-521-0628 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
TTY	1-833-312-0046 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre
FAX	1-844-280-5360
CORREO	American Health Advantage of Texas, ATTN: Grievance and Appeals, 201 Jordan Rd, Ste 200 Franklin, TN 37067
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre American Health Advantage of Texas directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare por Internet, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por la atención médica o por un medicamento que ha recibido

Si recibió una factura o pagado servicios (como una factura de prestador de servicios médicos) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del prestador de servicios médicos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos con cobertura*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede presentar una apelación sobre nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
TELÉFONO	1-855-521-0628 De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-833-312-0046 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago: información de contacto	
	8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre	
FAX	Atención médica 1-844-280-5360	Farmacia 1-877-503-7231
CORREO	Atención médica: American Health Advantage of Texas, ATTN: Grievance and Appeals, 201 Jordan Rd, Ste 200Franklin, TN 37067	Farmacia: Elixir, 8935 Darrow Rd. P.O. Box 1208 Twinsburg, OH 44087
SITIO WEB	TX.AmHealthPlans.com	

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del Programa Medicare Federal)

Medicare es el programa federal de seguro médico destinado a personas mayores de 65 años de edad, determinadas personas menores de 65 años de edad con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (ocasionalmente denominados “CMS”) Esta agencia celebra contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
	<p>Esta es la página gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y los asuntos vigentes relacionados con este. También contiene información sobre hospitales, asilos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde la computadora. También puede encontrar los números de contacto de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también contiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad y solicitud de cobertura de Medicare a través de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre las pólizas disponibles de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, la cobertura médica de Medicare y Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>valor estimado</i> de sus gastos de bolsillo según las diferentes coberturas de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre American Health Advantage of Texas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infórmele su queja a Medicare: Puede presentar una queja sobre American Health Advantage of Texas directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare recibe sus quejas seriamente y usa esta información para contribuir al mejoramiento de la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada de su localidad podrá ayudarle a visitar esta página con sus computadoras. También puede llamar a Medicare e indicar la información que necesita. 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).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno que posee asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP, en inglés).

Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP, en inglés) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros de gastos médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP, en inglés) pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y ayudarle a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP, en inglés) también pueden ayudarle con preguntas o problemas de Medicare y ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” en el medio de la página de inicio
- Ahora tiene varias opciones
 - Opción 1: Puede **chatear en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**.
 - Opción 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP, en inglés) Información de contacto
TELÉFONO	1-800-252-9240
CORREO	Texas Health and Human Services PO Box 13247 Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes**SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para prestar servicio a los beneficiarios de Medicare en todos los estados. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO QIO.

KEPRO QIO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica que reciben un pago del gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare. KEPRO QIO es una organización independiente. No está relacionada con nuestra cobertura.

Debe comunicarse con KEPRO QIO ante cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja relacionada con la calidad de atención que recibió.
- Considera que su cobertura hospitalaria finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura para atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, en inglés) finaliza demasiado pronto.

Método	
TELÉFONO	1-888-315-0636 Días de semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Hora del este, centro, montaña, Pacífico, Alaska y Hawái-Aleutiana Fines de semana y feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. Hora del este, centro, montaña, Pacífico, Alaska y Hawái-Aleutiana
TTY	711. Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	5201 West Kennedy Blvd Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar las solicitudes de cobertura de Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales mayores de 65 años de edad, o que padezcan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con determinados problemas de salud, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la solicitud de cobertura en

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que solicitar cobertura en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro social o dirigirse a su oficina local del Seguro social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional para la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos superiores. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que tiene que pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un suceso importante de la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informárselo.

Método	Seguro Social: información de contacto
TELÉFONO	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.</p> <p>Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar gestiones durante las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.</p>
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Determinadas personas que están inscritas en Medicare también son elegibles para Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas inscritas en Medicare a pagar sus gastos de dicho programa, como por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

y copagos). (Algunas personas con QMB también cumplen con los requisitos para los beneficios totales de Medicaid [QMB+]).

- **Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (algunas personas con SLMB también cumplen con los requisitos para los beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (QI, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores y personas discapacitadas calificados (QDWI, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Texas Medicaid.

Método	Texas Medicaid : información de contacto
TELÉFONO	1-800-355-8957 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
CORREO	Texas Health and Human Services PO Box 13247 Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	www.yourtexasbenefits.com

SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona 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 “Beneficio Adicional” de Medicare

Medicare proporciona un “Beneficio Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones de la bolsa de valores, pero no su casa ni su automóvil. Si cumple con los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier cobertura de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos recetados. Este “Beneficio Adicional” también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para el “Beneficio Adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, usted puede obtener el “Beneficio Adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos recetados. Para comprobar si cumple con los requisitos para obtener el “Beneficio Adicional”, llame a:

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes), o
- Oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si considera que ha reunido los requisitos para obtener el “Beneficio Adicional” y que está pagando un monto incorrecto correspondiente a los costos compartidos cuando adquiere un medicamento recetado en la farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia que demuestre cuál es su nivel de copago correcto o entregárnosla en caso de que ya cuente con ella.

- Llame a Servicios para Asegurados (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) si desea solicitar asistencia para obtener la mejor evidencia disponible o si desea proporcionar evidencia.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando adquiera su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le corresponde pagar, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por el monto del pago en exceso o lo compensaremos mediante copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como una deuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagar directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Asegurados.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el sida (ADAP)? ¿Qué es el ADAP?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el sida (ADAP, en inglés) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que les permitan salvar su vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también se encuentran en la lista de medicamentos del ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costos compartidos de los medicamentos recetados.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de bajos ingresos según la definición del estado y prueba de estado sin cobertura de seguro médico o estado de cobertura no adecuada. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local del ADAP para poder continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos con cobertura o cómo inscribirse en el programa, llame a Llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas al 1-800-255-1090.

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes**SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario**

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficios integrales destinados a los trabajadores ferroviarios nacionales y a sus familias. Si está inscrito en Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: información de contacto
TELÉFONO	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la RRB, desde las 9:00 a. m. hasta las 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y desde las 9:00 a. m. hasta las 12:00 p. m., los miércoles.</p> <p>Si presiona “1”, podrá obtener acceso a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>https://rrb.gov/</p>

SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro médico a través de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador (o el empleador de su cónyuge) o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato o a Servicios para Asegurados si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca del servicio médico con cobertura, las primas o el período de solicitud de cobertura de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para Asegurados aparecen impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a esta cobertura.

Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El

CAPÍTULO 2 *Números telefónicos y recursos importantes*

administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como asegurado de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que usted debe saber sobre cómo usar su cobertura de atención médica. Contiene definiciones de términos y se explican las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otro tipo de atención médica incluidos en la cobertura.

Para obtener información sobre qué tipo de atención médica cubre nuestra aseguradora y cuánto debe pagar por dicha atención, use el cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos [lo que tiene cobertura y lo que usted debe pagar]*).

Sección 1.1 ¿Quiénes son los “prestadores de servicios médicos de la red” y cuáles son los “servicios con cobertura”?

- Los **“prestadores de servicios médicos”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término “prestadores de servicios médicos” también abarca hospitales y otros centros de salud.
- Los **“prestadores de servicios médicos de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos de médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y su monto de gastos compartidos como pago total. Acordamos que estos prestadores de servicios médicos presten los servicios con cobertura a nuestros asegurados. Los prestadores de servicios médicos de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan a usted. Al consultar a un prestador de servicios médicos de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **“Servicios con cobertura”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios con cobertura de atención médica se incluyen en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir atención médica con cobertura del plan

Como cobertura médica de Medicare, American Health Advantage of Texas tiene que cubrir todos los servicios que cubre el Programa Original Medicare y seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

American Health Advantage of Texas cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba aparece en el Cuadro de Beneficios médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

CAPÍTULO 3 Uso del plan para sus servicios médicos

- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés) de la red que le brinda atención y la supervisa.** Como asegurado de nuestra cobertura, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

SECCIÓN 2 Atiéndase con prestadores de servicios médicos de la red del plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Usted debe Tiene que elegir un prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés) para que le brinde y supervise su atención médica
--

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

Su prestador principal de servicios médicos (PCP) es el médico u otro prestador de servicios médicos a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este PCP se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. La función del PCP es proporcionar atención médica preventiva, enseñar opciones de estilo de vida saludables, identificar y tratar afecciones médicas comunes, dirigirlo al mejor lugar para recibir atención médica, y también hablar con otros médicos y prestadores de servicios médicos sobre su atención médica y derivarlo a ellos.

Los prestadores de servicios médicos que pueden servir como PCP incluyen: profesionales de medicina general, medicina para la familia, medicina interna, geriatría, asistentes médicos y practicantes de enfermería (nurse practitioners).

Su PCP coordinará los servicios con cobertura y lo dirigirá a especialistas. Algunos servicios prestados pueden requerir una autorización previa de la cobertura. Es responsabilidad del prestador de servicios médicos solicitar y obtener una autorización cuando sea necesario.

¿Cómo debe elegir su PCP?

Usted selecciona un PCP al usar el Directorio de prestadores de servicios médicos o con ayuda de Servicios para Asegurados (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). Por lo general, usted selecciona un PCP al momento de solicitar cobertura indicando su selección de PCP en el formulario de solicitud de cobertura.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de prestadores de servicios médicos de nuestra cobertura y, en ese caso, deberá buscar un nuevo PCP. Puede cambiar de PCP si llama a Servicios para Asegurados (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

CAPÍTULO 3 Uso del plan para sus servicios médicos

Podrán ayudarle a seleccionar un nuevo PCP. Debe esperar al menos 30 días para que el cambio en la selección de PCP entre en vigencia.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin una derivación de su prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés)?

Puede solicitar los servicios mencionados a continuación sin solicitar la aprobación anticipada de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de las mamas), examen de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando los reciba de un prestador de servicios médicos de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, Vacunas contra la hepatitis B y contra la pulmonía siempre y cuando los reciba de un prestador de servicios médicos de la red.
- Servicios de emergencia por parte de prestadores de servicios médicos de la red o fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios con cobertura que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los prestadores de servicios médicos de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el asegurado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de la cobertura. (Si es posible, llame a Servicios para Asegurados antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a coordinar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras usted se encuentre fuera del área).
- Servicios de ambulancia que no sean de emergencia, específicamente de un asilo a un hospital y de un hospital a un asilo.
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.
- Exámenes de audición y audífonos.
- Exámenes de la vista y artículos para la visión.
- Hay muchos otros servicios médicos que se pueden obtener sin la aprobación del PCP; consulte la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener más información.

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y de otros prestadores de servicios médicos de la red

El especialista es un médico que presta servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Existen muchas clases de especialistas. A continuación, se enumeran algunos ejemplos:

CAPÍTULO 3 Uso del plan para sus servicios médicos

- Los oncólogos tratan a pacientes que padecen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes que padecen enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a pacientes que padecen determinadas enfermedades óseas, articulares o musculares.

Su PCP ayuda a coordinar su atención médica, lo que incluye cuando usted necesita consultar a un especialista u otro prestador de servicios médicos.

- Para algunos servicios, es posible que su PCP u otro prestador de servicios médicos necesiten obtener nuestra aprobación anticipada. Esto se denomina obtener una autorización previa.
- Cuando tenga una pregunta o inquietud con respecto a obtener atención médica por parte de especialistas y otros prestadores de servicios médicos de la red, hable con su prestador principal de servicios médicos o llame a Atención para Asegurados (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). Consulte la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener información acerca de los servicios con cobertura que requieren autorización previa.
- La selección de un prestador principal de servicios médicos (PCP) no lo limita a usted a especialistas u hospitales específicos de la red para los que ese PCP extiende órdenes médicas.

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 o la información sobre qué servicios requieren autorización previa). Se puede obtener autorización del plan. Usted o su prestador de servicios médicos, incluido un prestador de servicios médicos no contratado, pueden preguntarle al plan antes de que se preste un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su prestador de servicios médicos pueden solicitar que esta determinación se realice por escrito. Este proceso se denomina determinación avanzada. En caso de que confirmemos que no cubriremos sus servicios, usted o su prestador de servicios médicos tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. En el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que hayamos tomado.

Si no tiene una determinación anticipada, también puede obtener la autorización de un prestador de servicios médicos de la red que derive a un inscrito a un especialista fuera de la red del plan para un servicio; siempre que el servicio no siempre esté excluido explícitamente de la cobertura del plan, como se analiza en el Capítulo 4.

¿Qué sucede si un especialista u otro prestador de servicios médicos de la red abandona nuestra cobertura?

Es posible que realicemos cambios en relación con los hospitales, médicos y especialistas (prestadores de servicios médicos) que hacen parte de su cobertura durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de prestadores de servicios médicos puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ilimitado a médicos y especialistas calificados.

CAPÍTULO 3 Uso del plan para sus servicios médicos

- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación en el que le comunicaremos que su prestador de servicios médicos está por abandonar la red de nuestra cobertura, de modo que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo prestador de servicios médicos que cumpla con los requisitos para seguir cuidando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que nosotros colaboraremos con usted para asegurarnos de que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio por el monto de los costos compartidos de la red. Es posible que se requiera una autorización previa.
- Si sabe que su médico o especialista está por abandonar la red de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo prestador de servicios médicos para que administre su atención médica.
- Si cree que no le hemos proporcionado un prestador de servicios médicos que cumpla con los requisitos para reemplazar a su prestador de servicios médicos anterior o que no se está administrando su atención de forma adecuada, usted tiene el derecho de presentar una queja de calidad de atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés), una queja formal de calidad de atención al plan, o a ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de prestadores de servicios médicos fuera de la red

En ciertas circunstancias, los asegurados pueden obtener servicios de prestadores de servicios médicos fuera de la red. Es posible que los asegurados que recientemente cumplen con los requisitos y que estén recibiendo un tratamiento existente bajo la atención médica de un prestador de servicios médicos fuera de la red al momento de solicitar cobertura puedan continuar recibiendo servicios de ese prestador de servicios médicos. Los prestadores de servicios médicos fuera de la red con asegurados bajo un plan de tratamiento vigente deben notificar a la compañía aseguradora y solicitar la autorización previa de los servicios según corresponda de acuerdo con los beneficios de la cobertura.

En caso de que no haya un prestador de servicios médicos de la red adecuado, un prestador de servicios médicos fuera de la red puede recibir la autorización previa del plan. El prestador principal de servicios médicos coordina la atención médica con los prestadores de servicios médicos fuera de la red.

Los asegurados tienen derecho a recibir servicios de prestadores de servicios médicos fuera de la red en el caso de servicios de emergencia o de servicios de urgencia fuera del área de servicio. El plan cubre los servicios de diálisis para los asegurados con enfermedad renal en etapa terminal que hayan viajado fuera del área de servicio de la cobertura y no puedan acceder a prestadores de servicios médicos de la red para recibir atención por esta enfermedad.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, necesidad urgente de atención o durante una catástrofe

<h3>Sección 3.1 Cómo obtener atención en caso de emergencia médica</h3>

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer frente a una?

Una “**emergencia médica**” se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad, de la función de una extremidad, la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de que se enfrente a una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Busque ayuda con la mayor rapidez posible.** Llame al 911 para pedir ayuda y diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame una ambulancia en caso de que la necesite. *No* es necesario que primero reciba una autorización o una orden médica de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier prestador de servicios médicos con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que la cobertura haya recibido la notificación sobre su emergencia.** Debemos realizar un seguimiento de su atención médica de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención médica de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. 1-855-521-0628 De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia cuando el hecho de llegar a una sala de emergencias de cualquier otro modo podría implicar un riesgo para su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención médica de emergencia decidirán si su afección se estabilizó y si cesó la emergencia médica.

Si la atención médica de emergencia es proporcionada por prestadores de servicios médicos fuera de la red, haremos todo lo posible para que los prestadores de servicios médicos de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

CAPÍTULO 3 Uso del plan para sus servicios médicos**¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?**

En ciertas ocasiones puede resultar difícil darse cuenta de si está frente a una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que solicite atención médica de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le comunique que no se trataba de una emergencia médica después de todo. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya creído, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya confirmado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si usted recibe esta atención adicional en una de estas dos maneras:

- Obtiene la atención adicional a través de un prestador de servicios médicos de la red
- – *O* – La atención adicional que usted recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención en caso de una necesidad urgente de servicios**¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un prestador de servicios médicos de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio de atención recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su región geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de su póliza.

Visite el siguiente sitio web: TX.AmHealthPlans.com o información sobre cómo recibir atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede usar un prestador de servicios médicos de la red durante una catástrofe, su cobertura le permitirá recibir atención de prestadores de servicios médicos fuera de la red por el monto de gastos compartidos dentro de la red. Si durante una catástrofe no puede acudir a una farmacia que forma parte de la red, puede surtir los medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

CAPÍTULO 3 Uso del plan para sus servicios médicos

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

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

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios con cobertura del plan, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos con cobertura, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos con cobertura*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, debe pagar el costo total

American Health Advantage of Texas cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios con cobertura que tienen un límite en los beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio con cobertura. El pago de los costos una vez que se haya alcanzado un límite de beneficio no se cuenta dentro un máximo de bolsillo. Puede llamar a Servicios para Asegurados si desea saber cuánto usó del límite del beneficio.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos al participar en un “estudio de investigación clínica”?

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

Mediante un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) los médicos y científicos pueden probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos de dicho estudio y si entiende y acepta plenamente lo que implica participar en dicho estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios con cobertura que reciba como parte del estudio. Si nos informa que

CAPÍTULO 3 Uso del plan para sus servicios médicos

participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable de los costos compartidos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Mientras participe en un estudio de investigación clínica, puede mantener nuestra cobertura y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestra cobertura.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnoslo u obtener aprobación de nuestra parte o de su PCP.. Los prestadores de servicios médicos que proporcionan su atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* tienen que formar parte de la red de prestadores de servicios médicos de nuestra red de cobertura.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida para la estadía en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones a consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte de los costos de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como asegurado de nuestro plan. Esto significa que usted pagará por los servicios que reciba como parte del estudio el mismo monto que pagaría si recibiera estos servicios de nuestra cobertura. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto costo compartido pagó. Para obtener más información acerca de cómo presentar las solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:

Supongamos que debe hacerse un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis conforme a Original Medicare, pero el análisis costaría \$10 conforme a los beneficios de nuestra cobertura. En este caso, Original Medicare

CAPÍTULO 3 Uso del plan para sus servicios médicos

pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido según Original Medicare. Luego, debe notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico que cumpla con los requisitos y presentar documentación como una factura del prestador de servicios médicos al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del prestador de servicios médicos.

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestra póliza pagarán por lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que se evalúen en el estudio, a menos que Medicare cubriese dicho artículo o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría tomografías computarizadas mensuales que se realizaran como parte del estudio si su problema de salud normalmente exigiera una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención con cobertura en un “centro religioso no médico dedicado a la salud”

Sección 6.1	¿Qué es un centro religioso no médico dedicado a la salud?
--------------------	---

Un centro religioso no médico dedicado a la salud es una instalación en la que se proporciona atención para un problema de salud que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada se opusiera a las creencias religiosas de un asegurado, proporcionaremos, en cambio, cobertura para su atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud. Este beneficio se brinda solo para servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención médica en un centro religioso no médico dedicado a la salud

Para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médico “no exceptuado” corresponde a la atención o el tratamiento médico *voluntario* y *no obligatorio* según la ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” se refiere a la atención o el tratamiento médico *no voluntario* u *obligatorio* conforme a la ley federal, estatal o local.

Para brindarle cobertura, la atención que reciba en un centro religioso no médico dedicado a la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinde la atención debe contar con certificación por Medicare.
- Nuestra cobertura para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención médica.
- Si recibe servicios de esta institución que se le presten en un centro, regirán las siguientes se aplican las condiciones :
 - Debe tener un problema de salud que le permita recibir servicios con cobertura de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada
 - –y– debe obtener la aprobación de la cobertura por adelantado, antes de que lo hospitalicen en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

La atención médica en un centro religioso no médico dedicado a la salud con certificación de Medicare está limitada de acuerdo con las limitaciones indicadas en la cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados de Medicare, según se describe en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede convertirse en propietario de equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un prestador de servicios médicos para el uso en el hogar. Determinados artículos, como las prótesis, siempre serán propiedad del asegurado. En esta sección, repasamos otros tipos de equipo médico duradero que debe alquilar.

CAPÍTULO 3 Uso del plan para sus servicios médicos

Con Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como asegurado de American Health Advantage of Texas, generalmente obtendrá la propiedad de los artículos alquilados del DME independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea asegurado de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos para el artículo del DME conforme a Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

En caso de que no haya obtenido la propiedad del equipo médico duradero mientras contaba con nuestra cobertura, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos a fin de obtener la propiedad una vez que vuelva a Original Medicare. Ningún pago anterior (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) cuenta.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, American Health Advantage of Texas cubrirá lo siguiente:

- alquiler de equipos de oxígeno;
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- sondas y accesorios de oxígeno afines para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno.

Si abandona American Health Advantage of Texas o ya no requiere un equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, el equipo de oxígeno debe devolverse.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede elegir permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en

CAPÍTULO 3 *Uso del plan para sus servicios médicos*

la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4

beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

SECCIÓN 1 Cómo entender sus costos de bolsillo por los servicios con cobertura

Este capítulo incluye un Cuadro de beneficios médicos que indica sus servicios con cobertura y muestra cuánto pagará por cada servicio con cobertura como asegurado de American Health Advantage of Texas. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos sin cobertura. También explica los límites sobre ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que podría tener que pagar por sus servicios con cobertura

Para entender la información sobre pagos que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de gastos de bolsillo que podría tener que pagar por sus servicios con cobertura.

- El “**deducible**” es el monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestra cobertura comience a pagar su parte. (La Sección 1.2 le brinda más información sobre el deducible de su plan).
- Un “**copago**” es el monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Paga un copago cada vez que recibe el servicio médico. (El “Cuadro de beneficios médicos” de la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- “**Coseguro**” es el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. Paga un coseguro cada vez que recibe el servicio médico. (El “Cuadro de beneficios médicos” de la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que cumplen con los requisitos para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deberían pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar una prueba de su elegibilidad para Medicaid o QMB a su prestador de servicios médicos, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

Su deducible es \$226: Hasta que usted pague el monto del deducible, deberá pagar el costo total de sus servicios con cobertura. Cuando haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de servicios médicos con cobertura y usted pagará su parte (su monto de copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a ciertos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios incluso si no pagó aún su deducible. El deducible no se aplica a estos servicios:

- **Servicios con cobertura de Medicare dentro de la red:** Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, atención en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés), visitas al médico de atención primaria, servicios de laboratorio/análisis/procedimientos de diagnóstico, atención de una agencia de atención

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

médica a domicilio, suministros y zapatos para la diabetes y cualquier servicio con cobertura de Medicare con copago de \$0

- **Servicios de beneficios complementarios:** Servicios de apoyo en el hogar/fuera del hogar, examen oftalmológico de rutina y anteojos, examen auditivo de rutina, audífonos y accesorios, visitas de podología de rutina y transporte
- **Servicios médicos fuera de la red.**
- **Medicamentos de la Parte D**

Sección 1.3 ¿Cuál es el máximo que puede pagar por Parte A y Parte B de Medicare servicios médicos cubiertos?

Dado que está asegurado con un plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto total que debe pagar como gasto de bolsillo por año por servicios médicos de la red que están cubiertos en virtud de la Parte A y Parte B de Medicare. Este límite se denomina el gasto máximo de bolsillo por los servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es \$8,300.

Los montos que paga para deducibles, copagos y coseguro para los servicios cubiertos dentro de la red se contemplan para este monto máximo de bolsillo. Las montos que paga por sus primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan dentro del monto máximo de bolsillo. Si alcanza el monto máximo de bolsillo de \$8,300, no deberá pagar ningún costo de bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos Parte A y Parte B que forman parte de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.4 Nuestra cobertura no permite que los prestadores de servicios médicos le “facturen saldos adicionales”

Como asegurado de American Health Advantage of Texas, una protección importante para usted es que, después de que usted alcance cualquier deducible, solo debe pagar sus costos compartidos cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales por separado, llamados “facturación de saldo”. Esta protección rige incluso si le pagamos al prestador de servicios médicos menos de lo que él cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos de prestadores de servicios médicos.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si sus gastos compartidos son un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces paga solo ese monto por cualquier servicio con cobertura de un prestador de servicios médicos de la red.
- Si el gasto compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca pagará más que ese porcentaje. No obstante, su costo depende del tipo de prestador de servicios médicos que consulte:

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

- Si recibe los servicios con cobertura de un prestador de servicios médicos de la red, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de la póliza (según se determine en el contrato entre el prestador de servicios médicos y la póliza).
- Si recibe los servicios con cobertura de un prestador de servicios médicos fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para prestadores de servicios médicos participantes. (Recuerde que la póliza incluye servicios con cobertura de prestadores de servicios médicos fuera de la red solo en ciertas circunstancias, como cuando recibe una derivación o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
- Si recibe los servicios con cobertura de un prestador de servicios médicos fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para prestadores de servicios médicos de la red no participantes. (Recuerde que la póliza incluye servicios con cobertura de prestadores de servicios médicos fuera de la red solo en ciertas circunstancias, como cuando recibe una derivación o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
- Si cree que un prestador de servicios médicos le ha “facturado el saldo”, llame a Servicios para Asegurados.

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de beneficios médicos para determinar lo que tiene cobertura y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como asegurado del plan
--

El Cuadro de beneficios médicos de las páginas siguientes indica los servicios que cubre American Health Advantage of Texas y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos tienen cobertura solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios con cobertura de Medicare deben prestarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos, medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe atención de un prestador de servicios médicos que forma parte de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un prestador de servicios médicos fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un prestador de servicios médicos de la red le hayan proporcionado una derivación. Esto significa que tendrá que pagarle al prestador de servicios médicos la totalidad de los servicios prestados.

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

- Tiene un prestador principal de servicios médicos (un PCP) que le brinda atención y la supervisa.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos *solo* tienen cobertura si su médico u otro prestador de servicios médicos de la red obtienen nuestra aprobación previa (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios incluidos que requieren aprobación por adelantado aparecen en el Cuadro de beneficios médicos con un asterisco. .

Otros aspectos importantes que debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Como todos los seguros de gastos médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Para recibir algunos de estos beneficios, quizás deba pagar *más* con nuestra compañía póliza que lo que pagaría con Original Medicare. Para otros, quizás deba pagar *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual *Medicare y usted2023*. Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov u obtener una copia al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios de prevención que con cobertura sin costo con Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la consulta cuando recibe el servicio de prevención, es posible que se apliquen costos compartidos por la atención recibida para el problema de salud existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de dos (2) meses de elegibilidad que se considera continuada de nuestra cobertura, continuaremos proporcionando todos los servicios incluidos en la cobertura y sus montos de gastos compartidos no cambiarán durante este período.



Verá esta manzana al lado de los servicios de prevención que figuran en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un único ultrasonido de detección para personas en riesgo. La póliza solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una orden médica para este por parte de su médico, asistente médico, practicante de enfermería o enfermero especialista profesional.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para este examen preventivo.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen los siguientes:</p> <p>Hasta 12 consultas en 90 días cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado a una cirugía; y • no está asociado a un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos del prestador de servicios médicos:</p> <p>Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA, en inglés), enfermeros practicantes (NP, en inglés)/especialistas en enfermería clínica (CNS, en inglés) (según se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley), así como el personal auxiliar, pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM, en inglés) y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un Estado, Territorio o 	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.</p> <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras reglamentaciones según el Art. 42 del CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia con cobertura incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala rotatoria y fija hasta el centro correspondiente más cercano que pueda proporcionar atención médica si se prestan a un asegurado cuya una afección médica amerita este servicio, ya que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona, o si están autorizados por el plan. • Corresponde al transporte que no sea de emergencia en ambulancia si está documentado que el problema de salud del asegurado ameritaba este servicio, ya que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y dicho transporte es médicamente necesario. <p>*No se requiere autorización para viajes en ambulancia que no sean de emergencia del asilo al hospital o del hospital al asilo. Todos los demás servicios de ambulancia que no sean de emergencia deben tener autorización previa.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a viajes de ida.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si tuvo cobertura de la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar una cobertura de prevención personalizada en función de su estado de salud y factores de riesgo. Se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. No obstante, no es necesario que haya realizado la consulta “Bienvenido a Medicare” para que se cubran las</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de bienestar anual.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Visita de bienestar anual (continuación)</p> <p>consultas de bienestar anual después de haber tenido cobertura de la Parte B durante 12 meses.</p>	
<p> Examen de densidad ósea</p> <p>Para las personas elegibles (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de densidad ósea cubierto por el Programa Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía inicial entre los 35 y 39 años; • una mamografía de detección cada 12 meses a partir de los 40 años; • un examen clínico de las mamas cada 24 meses. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de evaluación cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca*</p> <p>Los programas completos de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y terapia están cubiertos para asegurados que cumplen ciertas condiciones con una del médico. El plan también incluye los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que suelen ser más rigurosos o más intensivos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>*Se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación cardíaca y cardíaca intensiva.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p> Consulta de reducción de riesgos de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Incluimos una consulta por año con su médico de atención médica básica para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para la enfermedad cardiovascular (tratamiento intensivo para la salud conductual).</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Consulta de reducción de riesgos de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) (continuación)</p> <p>dialogar con usted sobre el consumo de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.</p>	
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades (o anomalías asociadas con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada cinco años.</p>
<p> Examen de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas Papanicolau y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses. • Si tiene un riesgo alto de padecer cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y el resultado de una prueba Papanicolau ha sido anormal dentro de los últimos 3 años: una prueba Papanicolau cada 12 meses. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos con cobertura de Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. 	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>A partir de los 50 años, hay cobertura para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sigmoidoscopia flexible (o detección mediante enema de bario como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prueba Guaiac de sangre oculta en materia fecal (gFOBT, en inglés) • prueba inmunoquímica fecal (FIT, en inglés) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal con cobertura de Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <p>Evaluación colorrectal basada en el ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • colonoscopia de detección (o detección mediante enema de bario como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas sin alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en el lapso de 48 meses de una sigmoidoscopia de detección 	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por el Programa Original Medicare.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un recinto de atención médica básica que pueda brindar derivaciones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una consulta de detección de depresión anual.</p>
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye las pruebas de glucemia 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 glucemia alta (glucosa). También es posible que se cubran las pruebas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para realizarse hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos*</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina). Los servicios con cobertura incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucemia: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, soluciones para el control de la glucemia para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: un par por año calendario de calzados ortopédicos a medida (incluidas las plantillas provistas con dichos calzados) y dos pares adicionales de plantillas o un par de calzados de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no a medida proporcionadas con cada calzado). La cobertura incluye medición. • El entrenamiento para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura con ciertas condiciones. <p>*Se requiere autorización previa para cada servicio o transacción por los cargos facturados que superen los \$250.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los calzados o plantillas ortopédicos con cobertura de Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el entrenamiento para el autocontrol de la diabetes cubierto por Medicare.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME, en inglés) y suministros relacionados*</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un prestador de servicios médicos para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios con cobertura de Original Medicare. Si nuestro prestador de servicios médicos de su área geográfica no distribuye una marca o un fabricante en particular, puede pedirle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare son del 20 % del costo, todos los meses.</p> <p>Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de solicitar su cobertura en American Health Advantage of Texas, usted había pagado 36 meses de alquiler para</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME, en inglés) y suministros relacionados* (continuación) reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en TX.AmHealthPlans.com.</p> <p>*Se requiere autorización previa para cada servicio o transacción por los cargos facturados que superen los \$250.</p>	<p>la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en American Health Advantage of Texas es del 20 % del costo.</p>
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>La atención médica de emergencia se refiere a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de prestadores de servicios médicos calificados para proporcionar servicios de emergencia y • Servicios necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios prestados por prestadores de servicios médicos fuera de la red son los mismos que tendrían si fueran prestados por prestadores de servicios médicos de la red.</p> <p>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para servicios con cobertura de Medicare (hasta un máximo de \$90 por consulta).</p> <p>No se aplica el coseguro si le hospitalizan en el plazo de un (1) día.</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital que no participa en la red y necesita atención médica para pacientes hospitalizados una vez que su problema médico de emergencia se ha estabilizado, debe recibir su atención médica para pacientes hospitalizados para que su atención continúe cubierta.</p>
<p>Servicios para la audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de equilibrio y audición realizadas por su prestador de servicios médicos para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando se obtienen de un médico, técnico en audiología u otro profesional médico calificado.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>No hay copago, coseguro ni deducible para el examen de audición de rutina ni para</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para la audición (continuación)</p> <p>Beneficio complementario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un (1) examen de audición de rutina - ajuste/evaluación de audífonos - audífonos <p>Cubrimos hasta dos (2) audífonos por año, uno por oído. Hay un monto máximo anual de hasta \$500 por oído, por año.</p> <p>Debe utilizar un prestador de servicios médicos/prestador de servicios médicos designado por el plan para obtener los servicios. Llame a Servicios para Asegurados (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).</p>	<p>el ajuste y la evaluación de audífonos.</p>
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan un examen de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para el examen de detección de VIH preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p>Agencia de atención médica a domicilio*</p> <p>Antes de recibir atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita atención médica a domicilio y solicitar que dicha atención médica sea proporcionada por una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que abandonar su hogar es un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de atención de enfermería especializada parcial o intermitente y de atención médica a domicilio (serán cubiertos bajo los servicios médicos, la atención de enfermería especializada y la atención médica a domicilio combinados que deben ser de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de atención médica a domicilio con cobertura de Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Agencia de atención médica a domicilio* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos <p>*Se requiere autorización previa</p>	
<p>Terapia de infusión en el hogar*</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con la cobertura de atención médica. • entrenamiento y educación del paciente no cubiertas de otro modo conforme al beneficio de equipos médicos duraderos. • monitoreo remoto • servicios de monitoreo para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar <p>*Se requiere autorización previa</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p>Atención en un centro para pacientes terminales</p> <p>Usted cumple con los requisitos para recibir los beneficios para pacientes terminales cuando su médico y el director médico del centro para pacientes terminales le han indicado un pronóstico terminal en el que se certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos si su enfermedad evoluciona con normalidad. Puede recibir atención de cualquier programa de servicios para enfermos terminales con certificación de Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programa de servicios para enfermos terminales</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de servicios para enfermos terminales con certificación de Medicare, Original Medicare pagará la atención médica para pacientes terminales y los servicios de la Parte A y B relacionados con su pronóstico terminal</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>certificado por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico del centro para pacientes terminales puede ser un prestador de servicios médicos de la red o un prestador de servicios médicos fuera de la red.</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor; • atención médica de relevo de corta duración; • atención médica en el hogar. <p>Cuando se le admite en un centro para pacientes terminales, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios de atención médica para pacientes terminales y los servicios con cobertura por la Parte A o B de Medicare y que estén relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a prestador de servicios médicos del centro para pacientes terminales para sus servicios de atención médica para pacientes terminales y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de servicios para enfermos terminales, su prestador de servicios médicos para pacientes terminales enviará sus facturas a Original Medicare para el pago de los servicios incluidos en dicho programa. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios con cobertura de la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de casos de emergencia ni que se necesiten con urgencia, que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, los costos de estos servicios dependen de si usa un prestador de servicios médicos de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe los servicios con cobertura de un prestador de servicios médicos de la red y sigue las normas del plan para obtener los servicios, solo paga el monto de 	<p>en lugar de American Health Advantage of Texas.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de consulta para pacientes con enfermedades terminales por única vez.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro para pacientes terminales (continuación)</p> <p>gastos compartidos estipulados en la cobertura para servicios recibidos en la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe los servicios con cobertura de un prestador de servicios médicos fuera de la red, usted paga el gasto compartido establecido en los Honorarios por servicio de Medicare (Fee-for-Service Medicare, Original Medicare) <p><u>Para servicios cubiertos por American Health Advantage of Texas, pero no cubiertos por la Parte A o B: American Health Advantage of Texas continuará cubriendo los servicios con cobertura del plan que no estén incluidos por la Parte A o B, ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted debe pagar el monto de gastos compartidos correspondiente a estos servicios, según lo estipulado en la cobertura.</u></p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca son cubiertos simultáneamente por el centro para pacientes terminales y nuestra póliza. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes terminales con certificación de Medicare</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea en un centro para pacientes terminales (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta para pacientes con enfermedades terminales (una sola vez) para un enfermo terminal que no ha elegido el beneficio para pacientes con enfermedades terminales.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B de Medicare con cobertura son los siguientes:</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la pulmonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Vacunas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la pulmonía • vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • vacuna contra la hepatitis B si corre un riesgo alto o moderado de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • otras vacunas si tiene riesgo y si cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.</p>	
<p>Servicios de apoyo en el hogar/fuera del hogar</p> <p><i>Beneficio complementario</i></p> <p>Enriquecen la vida de los asegurados que luchan con los desafíos del proceso de envejecimiento. Los asegurados con problemas de salud debido a demencia, enfermedad de Alzheimer y otras discapacidades médicas que limitan la movilidad y seguridad son una preocupación principal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia con citas médicas fuera de un asilo/residencia • Visitas supervisadas • asistencia con las actividades cotidianas (ADL, en inglés) o el bienestar cuando es parte de una visita de supervisión 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un máximo de 57 horas por año calendario para los servicios de apoyo en el hogar/fuera del hogar con cobertura.</p>
<p>Atención para pacientes hospitalizados*</p> <p>Incluye atención aguda para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención de larga duración y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:</p>	<p>Usted paga un deducible de \$1,600 para cada período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por día para los días 1 a 60 de cada período de beneficios. • Usted paga \$400 por día para los días 61 a 90

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • habitación compartida (o privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería regulares • costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios) • fármacos y medicamentos • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros quirúrgicos y médicos necesarios • uso de aparatos, como sillas de ruedas • costos del quirófano y la sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes tienen cobertura: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula espinal, célula troncal e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplante aprobado por Medicare para que revise su caso y decida si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes que forman parte de la red se encuentran fuera de los servicios de atención de su comunidad, puede elegir recibir servicios locales siempre y cuando los prestadores de servicios médicos de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si TX.AmHealthPlans.com proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera de los servicios de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige recibir un trasplante en ese lugar lejano, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura para sangre completa y glóbulos rojos en bolsa comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada. 	<p>de cada período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$800 por día de reserva de por vida después del día 90 para cada período de beneficios hasta 60 días en toda su vida. • Después de los días de reserva de por vida, usted paga todos los costos. <p>Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.</p> <p>Debe pagar el deducible de paciente hospitalizado para cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficio.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha de alta.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención para pacientes hospitalizados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios médicos <p>Nota: Para ser paciente hospitalizado, su prestador de servicios médicos debe emitir una orden para ingresarlo de manera formal como paciente hospitalizado. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se le puede considerar “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de datos está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>*Se requiere autorización previa</p>	<p>Si obtiene atención médica autorizada para paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red una vez que su problema de salud de emergencia se ha estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red.</p>
<p>Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados*</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen servicios médicos de salud mental que requieran una hospitalización. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados provistos en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>*Se requiere autorización previa</p>	<p>Usted paga un deducible de \$1,600 para cada período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por día para los días 1 a 60 de cada período de beneficios. Usted paga \$400 por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios. Usted paga \$800 por día de reserva de por vida después del día 90 para cada período de beneficios hasta 60 días en toda su vida.

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	<ul style="list-style-type: none"> • Después de los días de reserva de por vida, usted paga todos los costos. <p>Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.</p> <p>Debe pagar el deducible de paciente hospitalizado para cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficio.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha de alta.</p>
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios con cobertura recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada</p>	<p><i>Para conocer los gastos compartidos de cada servicio específico, busque ese servicio en este Cuadro de beneficios médicos.</i></p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios con cobertura recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía para pacientes hospitalizados sin cobertura (continuación) (SNF) durante una estadía para pacientes hospitalizados sin cobertura</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía para pacientes hospitalizados no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras usted está en el hospital o el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, terapia con radio e isótopo, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos de órtesis (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente), o que reemplazan en forma total o parcial la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a la rotura, el desgaste, la pérdida o un cambio en el problema de salud físico del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	
<p> Servicios de terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, con enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén recibiendo diálisis) o que hayan sido sometidas a un trasplante renal cuando su médico lo solicite.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para asegurados elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de terapia de nutrición médica (continuación)</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de terapia individual durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica con Medicare (esto incluye nuestra cobertura, cualquier otra cobertura de Medicare Advantage o de Original Medicare) y, en lo sucesivo, 2 horas por año. Si su problema de salud, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, en inglés)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todas las coberturas médicas de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de comportamientos respecto de la salud que proporciona entrenamiento práctico sobre cambios alimentarios a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas a fin de superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</p> <p>Estos medicamentos están incluidos en la Parte B de Original Medicare. Nuestros asegurados reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestra póliza. Los medicamentos con cobertura incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que no suelen ser autoadministrados por el paciente y que son inyectados o infundidos mientras recibe servicios de un médico, hospitalarios para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios • medicamentos que toma mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por la aseguradora • factores de la coagulación que se administra usted mismo mediante inyección si tiene hemofilia 	<p>Usted paga el 20 % del costo para los medicamentos de la Parte B con cobertura de Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos inmunosupresores, si estaba asegurado en la Parte A de Medicare al momento en que se efectuó el trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifique que se debió a la osteoporosis posterior a la menopausia y no puede administrarse usted misma el medicamento. • antígenos • determinados medicamentos para el cáncer administrados por vía oral y medicamentos para las náuseas • ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestesia local y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades por deficiencia inmunitaria <p>*Se requiere autorización previa para cada servicio o transacción por los cargos facturados que superen los \$250.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a la cobertura para medicamentos recetados de la Parte B y D.</p> <p>El Capítulo 5 explica la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos recetados tengan cobertura.</p> <p>Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestra cobertura se explica en el Capítulo 6.</p>	
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para fomentar el mantenimiento de la pérdida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más, cubrimos la terapia intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta terapia está incluida si la recibe en un recinto de atención médica básica, donde se pueda coordinar con su póliza integral de prevención.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad preventivo y la terapia.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Examen de detección de obesidad y terapia para fomentar el mantenimiento de la pérdida de peso (continuación) Hable con su médico o profesional de atención médica básica para obtener más información.</p>	
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p> <p>Los asegurados de nuestra póliza con trastorno por uso de opioides (OUD, en inglés) pueden recibir cobertura en servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (OTP, en inglés) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (MAT, en inglés) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • Entrega y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • asesoramiento sobre el uso de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de toxicología • actividades de admisión • evaluaciones periódicas 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de del programa de tratamiento con opioides con cobertura de Medicare.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías • radioterapia (radio e isótopo), incluidos materiales y suministros técnicos • suministros quirúrgicos, como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura para los análisis de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos 	<p>Usted paga el 20 % del costo para procedimientos y pruebas de diagnóstico con cobertura de Medicare, excepto los análisis de laboratorio con cobertura de Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para análisis de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* (continuación)</p> <p>de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios • Análisis de laboratorio <p>*Se requiere autorización previa para servicios de radiología de alta tecnología (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI, en inglés], angiografía de resonancia magnética [MRA, en inglés], tomografía por emisión de positrones [PET, en inglés], angiotomografía computarizada [CTA, en inglés], tomografía computarizada [CT, en inglés] y tomografía computarizada por emisión de fotón único [SPECT, en inglés]) y pruebas genéticas.</p>	
<p>Observación en un hospital para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta.</p> <p>Para que puedan cubrirse los servicios de observación en un hospital para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo si se proporcionan mediante la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el prestador de servicios médicos le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de gastos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se le puede</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación en un hospital para pacientes ambulatorios* (continuación) considerar “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de datos está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>*Se requiere autorización previa</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento para pacientes ambulatorios del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención médica en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que en caso de no recibirla se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios de radiografías facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse <p>Nota: A menos que el prestador de servicios médicos le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de gastos compartidos</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* (continuación) por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se le puede considerar “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de datos está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>*Se requiere autorización previa</p>	
<p>Servicios médicos de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen los siguientes:</p> <p>Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero especialista profesional, practicante de enfermería (nurse practitioner), asistente médico u otros profesionales de servicios médicos de la salud mental calificados por Medicare según las leyes estatales correspondientes.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes, centros de enfermería especializada y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, en inglés).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de PT/OT/ST cubiertos por Medicare prestados en una residencia de atención médica a largo plazo (LTC) u otro entorno de centros de enfermería especializada (SNF).</p> <p>Usted paga el 20 % del costo de los servicios de</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios* (continuación)</p> <p>*Se requiere autorización previa para cualquier servicio de PT/OT/ST con cobertura de Medicare prestado fuera de una residencia de atención médica a largo plazo (LTC), residencia u otro entorno de centros de enfermería especializada (SNF).</p>	<p>PT/OT/ST con cobertura de Medicare en otro entorno para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias controladas para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios ambulatorios no residenciales proporcionados para el tratamiento de la dependencia de drogas o alcohol sin uso de farmacoterapias. Los servicios podrían incluir terapia grupal o individual.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios*</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su prestador de servicios médicos para saber si usted será un paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que el prestador de servicios médicos le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de gastos compartidos por la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se le puede considerar “paciente ambulatorio”.</p> <p>*Se requiere autorización previa</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial*</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y que es una alternativa para la hospitalización de pacientes.</p> <p>*Se requiere autorización previa</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios del médico/profesional, incluidas las consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: Servicios de médicos de cabecera, servicios de médicos especialistas, sesiones individuales para servicios de salud mental y especialidades; sesiones individuales para servicios psiquiátricos; sesiones grupales para servicios de especialidad de salud mental y sesiones grupales para servicios psiquiátricos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cirugía o atención médica médicamente necesarios, suministrados en un consultorio médico, centro quirúrgico para pacientes ambulatorios certificado, departamento del hospital para pacientes ambulatorios u otro lugar. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio efectuados por su PCP, si su médico lo solicita para saber si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta presencial o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un prestador de servicios médicos de la red que ofrezca el servicio de telesalud • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en determinadas áreas rurales u otros sitios aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para asegurados que reciben diálisis domiciliaria en un centro hospitalario o centro de diálisis renal hospitalario de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del asegurado. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de un derrame cerebral, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para asegurados con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: 	<p>Visitas de atención médica básica: No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>Visitas al especialista: Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>Servicios de telesalud Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios del médico/profesional, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona en un plazo de 6 meses previos a su primera visita de telesalud. ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. ● Los servicios de telesalud para las visitas de salud mental son proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud aprobados por el gobierno federal. ● Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos <u>si se cumple lo siguiente:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una consulta presencial realizada en los últimos 7 días y ○ El control no da como resultado una consulta presencial dentro de las 24 horas o en la cita disponible más pronta. ● Evaluación de video o imágenes que envía a su médico, interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <u>si se cumple lo siguiente:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una consulta presencial realizada en los últimos 7 días y ○ La evaluación no da como resultado una consulta presencial dentro de las 24 horas o en la cita disponible más pronta ● Consultas de su médico con otros médicos por vía telefónica, Internet o registro de salud electrónico ● Segunda opinión de otro prestador de servicios médicos de la red antes de la cirugía ● Atención dental no rutinaria (los servicios con cobertura están limitados a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de piezas dentales para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para el cáncer neoplásico, o servicios que tendrían cobertura si los brindara un médico). 	

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Podología</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones de talón) • atención de rutina de los pies para asegurados con ciertas afecciones médicas que afecten las extremidades inferiores <p>Beneficio complementario:</p> <p>Hasta seis (6) consultas para atención de rutina de los pies cada año.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para un máximo de seis (6) consultas para atención de rutina de los pies por año.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, los servicios con cobertura incluyen los siguiente (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen de tacto rectal • prueba del antígeno específico de la próstata (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago o deducible por una prueba de PSA anual.</p>
<p>Prótesis y suministros relacionados*</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que remplazan en forma total o parcial una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con atención de colostomía, marcapasos, bragueros, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluidos los sostenes quirúrgicos después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con prótesis, y remplazo o reparación de prótesis. También incluye cierta cobertura después de la cirugía o extracción de cataratas; consulte “Servicios para la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.</p> <p>*Se requiere autorización previa para cada servicio o transacción por los cargos facturados que superen los \$250.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los asegurados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que posean una derivación de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p> Exámenes de detección y terapia para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos con cobertura de Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusen del alcohol, pero que no tengan una adicción.</p> <p>Si la evaluación para detectar la presencia de abuso de alcohol da positivo, puede obtener hasta 4 sesiones de terapia breves individuales por año (si es competente y está alerta durante la terapia) proporcionadas por un prestador de servicios médicos de la red o médico elegible de atención médica básica en un entorno de atención médica básica.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia y examen de detección para reducir el abuso de alcohol con cobertura de Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, en inglés)</p> <p>Para las personas que cumplen con los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los asegurados elegibles son personas de entre 50 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco de al menos 20 paquetes al año y que fumen actualmente, o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden por escrito para una prueba con tomografía computarizada de baja dosis durante una consulta de asesoría y toma de decisiones compartida sobre cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y sea brindada por un médico</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoría y toma de decisiones compartida cubierta por el Programa Medicare o para la LDCT.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, en inglés) (continuación) o un prestador de servicios médicos de la red que no sea médico que cumpla con los requisitos.</p> <p><i>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba inicial de detección de cáncer de pulmón con LDCT:</i> los asegurados tienen que recibir una orden por escrito para la prueba de cáncer de pulmón LDCT, que puede ser realizada durante cualquier consulta adecuada con un médico o profesional que no sea médico que cumpla con los requisitos. Si un médico o profesional calificado que no sea médico deciden proporcionar una consulta de asesoría y toma de decisiones compartida sobre cáncer de pulmón para pruebas de cáncer de pulmón subsiguientes con tomografía computarizada de baja dosis, la consulta debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas consultas.</p>	
<p> Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y terapia para prevenirlas</p> <p>Cubrimos los exámenes de detección de ITS para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección se cubren para embarazadas y ciertas personas con mayor riesgo de contraerlas si un prestador principal de servicios médicos los ordena. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de alta intensidad, de 20 a 30 minutos al año, de consejería sobre salud mental para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubrimos estas sesiones de consejería como servicio preventivo si las suministra un prestador principal de servicios médicos y si tienen lugar en un recinto de atención médica básica como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y terapia para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales (nefropatías) para aprender sobre los cuidados renales y ayudar a los asegurados a tomar decisiones informadas sobre 	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)</p> <p>su atención. para asegurados con enfermedad renal crónica en etapa IV referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de educación sobre la enfermedad renal de por vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3, o cuando su prestador de servicios médicos para este servicio no está disponible temporalmente o no puede comunicarse con él). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para cuidados médicos especializados) • Entrenamiento para la autodiálisis (incluye el entrenamiento para usted y una persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de empleados entrenados en diálisis para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en caso de emergencia, y para verificar sus suministros de agua y equipo de diálisis) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están incluidos en su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información sobre cobertura para medicamentos de la Parte B, ingrese en la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>servicios de educación sobre la enfermedad renal con cobertura de Medicare.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)*</p> <p>(Para ver una definición de “atención de un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación compartida (o privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas dietas especiales • atención de enfermería especializada 	<p>No hay coseguro ni copago por la atención SNF con cobertura de Medicare, hasta 100 días por período de beneficios.</p> <p>Usted paga el 100 % de los costos de la atención SNF con cobertura de Medicare a partir del día 101 de cada período de beneficios.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que se le administren como parte de su cobertura de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre) • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura para los análisis de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada. • suministros médicos y quirúrgicos generalmente suministrados por SNFs • análisis de laboratorio que por lo general brindan los SNF • radiografías y otros servicios de radiología que por lo general brindan los SNF • uso de aparatos como sillas de ruedas, que por lo general brindan los SNF • servicios del médico/profesional <p>En general, recibirá su atención en SNF que forman parte de la red. No obstante, en ciertas situaciones, que se enumeran a continuación, puede pagar los gastos compartidos de la red en un centro que no sea un prestador de servicios médicos de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestra aseguradora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • un asilo o comunidad de atención continua para personas mayores donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en el centro de enfermería especializada) • un SNF donde viva su cónyuge al momento en que usted abandona el hospital <p>*Se requiere autorización previa</p>	<p>Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Servicios para dejar de fumar (terapia para dejar de fumar)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de dejar de fumar mediante terapia dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento mediante terapia incluye hasta cuatro consultas médicas individuales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan ser afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de terapia para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar mediante terapia dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el gasto compartido aplicable. Cada intento mediante terapia incluye hasta cuatro consultas médicas individuales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar con cobertura de Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET, en inglés)</p> <p>La SET está cubierta para asegurados que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, en inglés) sintomática</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, con un programa de ejercicios de entrenamiento terapéutico para la PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico • Brindarse por personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que el beneficio exceda el daño y que esté entrenado para la terapia de ejercicios para la PAD • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un practicante de enfermería (nurse practitioner)/enfermero especialista profesional entrenado en técnicas tanto básicas como avanzadas de soporte de vida 	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET, en inglés) (continuación)</p> <p>Se podrá cubrir el programa SET después de las 36 sesiones en el curso de 12 semanas por 36 sesiones más en un período de tiempo prolongado si el prestador de servicios médicos lo considera médicamente necesario.</p>	
<p>Servicios de transporte</p> <p><i>Beneficio complementario</i></p> <p>Servicios de transporte de rutina (no de emergencia) en furgoneta/ transporte médico a cualquier ubicación relacionada con la salud hasta 24 viajes de ida por año.</p> <p>Debe usar un proveedor aprobado por el plan. Llame a Servicios para Asegurados (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual)</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por hasta 24 viajes de ida o vuelta por año a ubicaciones aprobadas relacionadas con la salud.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de prestadores de servicios médicos de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención médica de inmediato de un prestador de servicios médicos de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un prestador de servicios médicos fuera de la red.</p> <p>La atención de urgencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>Usted paga el 20 % de los costos para servicios con cobertura de Medicare (hasta un máximo de \$60 por consulta).</p>
<p> Servicios para la vista</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen los siguientes:</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo para los servicios con cobertura de Medicare.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios con cobertura para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen para la detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <p>Beneficio complementario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de la vista de rutina por año • Anteojos (lentes de contacto o anteojos [lentes y marcos]) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para este examen de la vista de rutina</p> <p>Asignación de hasta \$235 para anteojos por año.</p>
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>La cobertura incluye una sola consulta preventiva “Bienvenido al Programa Medicare”. La consulta incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y órdenes médicas para otro tipo de atención, en caso de ser necesario.</p> <p>Importante: Nosotros cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” únicamente durante los primeros 12 meses desde su inscripción en Medicare Parte B. Cuando pida su cita, comuníquese al consultorio de su médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

SECCIÓN 3 ¿Cuáles son los servicios sin cobertura del plan?

Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)

En esta sección le explicamos cuáles son los servicios que están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están incluidos en esta cobertura.

El cuadro que aparece a continuación muestra los servicios y artículos que no tienen cobertura de ningún modo o que tienen cobertura únicamente en circunstancias específicas.

Si usted necesita servicios excluidos (sin cobertura), deberá pagarlos usted mismo excepto en virtud de las afecciones específicas enumeradas a continuación. Incluso si usted recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, dichos servicios no se cubrirán y nuestra póliza no los pagará. La única excepción es si el servicio es apelado y decidido según la apelación, como un servicio médico que deberíamos haber cubierto o pagado debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de apelaciones de decisiones que hayamos tomado para no cubrir servicios médicos, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios sin cobertura de Medicare	Servicios sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios con cobertura bajo circunstancias específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Procedimientos o cirugías cosméticas		<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura en caso de lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo malformada. • Con cobertura para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para obtener una apariencia simétrica.
Atención de custodia. (Atención que ayuda con actividades de la vida diaria que no requieren habilidades o		Puede estar cubierta conforme a los servicios de apoyo en el hogar/fuera del hogar que se detallan en la Sección 2 del Capítulo 4.

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios sin cobertura de Medicare	Servicios sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios con cobertura bajo circunstancias específicas
(continuación)		
<p>entrenamiento profesional, por ejemplo, bañarse y vestirse).</p> <p>La atención de custodia es la atención personal que no requiere de atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.</p>		
<p>Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales</p> <p>Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que según Original Medicare no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Pueden tener cobertura de Original Medicare conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).</p>
<p>Cargos por la atención brindada por sus familiares cercanos o por quienes viven con usted</p>	✓	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar</p>	✓	
<p>Servicios de alimentos a domicilio</p>	✓	
<p>Los servicios domésticos incluyen asistencia básica en el hogar, incluidas las tareas domésticas sencillas o</p>	✓	

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios sin cobertura de Medicare	Servicios sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios con cobertura bajo circunstancias específicas
(continuación)		
la preparación de comidas sencillas.		
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	✓	
Atención dental que no sea de rutina		La atención dental necesaria para tratar enfermedad o lesión puede tener cobertura como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies		Calzado que es parte de un aparato para la pierna y se incluye en el costo del aparato. Calzado terapéutico u ortopédico para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada como un teléfono o televisor	✓	
Habitación privada en un hospital		Con cobertura solo cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios sin cobertura de Medicare	Servicios sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios con cobertura bajo circunstancias específicas
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	✓	
Exámenes de rutina de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otra ayuda para los problemas de la vista		Cierta cobertura limitada en virtud de los beneficios complementarios de los servicios para la vista en la Sección 2 del Capítulo 4.
Atención de rutina de los pies		Cierta cobertura limitada suministrada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes). Cierta cobertura limitada en virtud de los beneficios complementarios de los servicios de podiatría en la Sección 2 del Capítulo 4.
Exámenes de audición de rutina, audífonos, o exámenes para ajuste de audífonos.		Cierta cobertura limitada en virtud de los servicios para la audición en la Sección 2 del Capítulo 4.
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare	✓	

CAPÍTULO 5

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

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Por lo general, la cobertura incluye sus medicamentos, siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Deberá tener un prestador de servicios médicos (un médico, un dentista u otra persona que recete) que emita la receta de sus medicamentos, los cuales deben ser válidos en virtud de la ley estatal.
- La persona que emite la receta no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para surtir su medicamento recetado. (Consulte la Sección 2: *Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*.)
- Su medicamento tiene que estar en la *Lista de medicamentos con cobertura (Vademécum)* de la póliza (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan médico*).
- Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) o respaldada por ciertos libros de consulta. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1 Usar una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados tienen cobertura *solo* si son surtidos en las farmacias de la red de la cobertura. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos medicamentos recetados surtidos en farmacias que están fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con la aseguradora para proporcionarle los medicamentos recetados con cobertura. El término “medicamentos con cobertura” se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que tienen cobertura en la Lista de medicamentos del seguro.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encontrar farmacias de la red en su localidad?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (TX.AmHealthPlans.com) y llame a Servicios para Asegurados.

Usted puede acudir a cualquiera de las farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia a la que ha estado acudiendo deja la red?

Si la farmacia a la que ha estado acudiendo deja la red, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Asegurados o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar la información en nuestro sitio web TX.AmHealthPlans.com.

¿Qué ocurre si necesita una farmacia especializada?

En algunos casos, se deben surtir las recetas en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de centros de atención médica a largo plazo (LTC, en inglés). Por lo general, los centros de LTC (tales como un asilo) tienen su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Asegurados.
- Farmacias que brindan servicio al programa de salud para pueblos indígenas/tribales/urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación del prestador de servicios médicos, o educación para su uso. (**Nota:** Este supuesto solo ocurre en raras ocasiones).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Asegurados.

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de pedidos por correo del plan

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite pedir ***un suministro de al menos 30 días del medicamento y un suministro de hasta 90 días.***

Para obtener información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo, comuníquese con Servicios para Asegurados (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Por lo general, se le entregará un pedido de envío por correo de una farmacia en no más de 14 días. Si su pedido por correo se demora, es posible que pueda recibir un suministro

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

provisional en su farmacia local. Comuníquese con Servicios para Asegurados (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Una vez que la farmacia reciba una receta de un prestador de servicios médicos, esta se comunicará con usted para consultar si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarle si debe enviar, demorar o detener la nueva receta.

Cómo volver a surtir los medicamentos recetados pedidos por correo. Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. De acuerdo con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que está próximo a quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene medicamento suficiente o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de envío por correo le envíe su medicamento recetado, comuníquese con su farmacia 31 días antes de que se le acabe el medicamento recetado actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de envío por correo, comuníquese con nosotros al llamar a Servicios para Asegurados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, podría ser elegible para un reembolso.

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

El plan ofrece dos maneras para recibir un suministro de largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para un problema de salud crónico o de larga duración). Usted puede pedir este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia.

1. Algunas farmacias que forman parte de nuestra red le permiten adquirir suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Su *Directorio de farmacias* muestra cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Asegurados para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envío por correo. Consulte la sección 2.3 para obtener más información.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 2.5 ¿Cuándo puede acudir a una farmacia que no pertenezca a la red del plan?

Es posible que su medicamento recetado tenga cobertura en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red. Para ayudarle, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde le pueden surtir sus medicamentos recetado como asegurado de nuestra cobertura. **Primero consulte con el Servicios para Asegurados** para ver si hay alguna farmacia que participe en la red cerca de usted. Es probable que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia que no forma parte de la red y el costo de lo que cubriríamos en una farmacia que forma parte de la red.

Aquí se incluyen circunstancias en las cuales le cubriríamos los medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red:

- Si no hay farmacias participantes cerca de usted, cubriremos los medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red en caso de emergencia, según lo determine la cobertura. Algunos ejemplos de situaciones de emergencia incluyen el hecho de que no haya farmacias de la red abiertas cerca de usted cuando necesita un medicamento recetados con urgencia o que no haya farmacias de la red que tengan en existencias un medicamento con cobertura que usted necesita. Cubriremos un suministro de hasta 30 días únicamente.

¿Cómo solicitarle un reembolso a la aseguradora?

Si se ve obligado a usar una farmacia fuera de la red, en general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte de los costos compartidos normales) en el momento en que surta su medicamento recetado. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitar un reembolso a la aseguradora).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” nos dice cuáles medicamentos de la Parte D tienen cobertura

El plan tiene una “*Lista de medicamentos con cobertura (Vademécum)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, la llamamos “**Lista de medicamentos**” para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos de esta lista, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos bajo la Parte D de Medicare.

CAPÍTULO 5 *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*

Generalmente, cubrimos los medicamentos de la Lista de medicamentos de la póliza siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento constituya una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que cumple con *una* de las siguientes condiciones:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o el problema de salud para el que se receta.
- -- o -- Está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y DRUGDEX Information System.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados 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 recetados que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca y, por lo general, cuestan menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué es lo que *no* está incluido en la Lista de medicamentos?

La cobertura no incluye todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ninguna cobertura de Medicare incluya ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

<h3>Sección 3.2 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos?</h3>
--

Tiene tres maneras de saberlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que se proporcionó en formato electrónico.
2. Visite el sitio web del plan (TX.AmHealthPlans.com). La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es siempre la más vigente.
3. Llame a Servicios para Asegurados para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

CAPÍTULO 5 *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas de cobertura especiales que restringen cómo y cuándo tienen cobertura. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudarles a usted y a su prestador de servicios médicos a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si estas restricciones son para alguno de los medicamentos que usted está tomando o que desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Las reglas del plan están diseñadas para fomentar que usted y su prestador de servicios médicos recurran a la opción de menor costo, siempre que un medicamento seguro y de bajo costo surta el mismo efecto médico que otro de costo más elevado.

Tenga en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la fórmula del medicamento recetado por su prestador de servicios médicos, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; comprimido o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Las secciones siguientes contienen más información acerca de los tipos de restricciones que aplicamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su prestador de servicios médicos tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Comuníquese con Servicios para Asegurados para saber qué necesitaría hacer usted o su prestador de servicios médicos para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que eximamos las restricciones para usted, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Puede que aceptemos o no eximir la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

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

En general, un medicamento “genérico” funciona igual que el de marca y, habitualmente, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica del medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su prestador de servicios médicos nos ha informado el motivo médico por el que un medicamento genérico u otro medicamento con cobertura que trata el mismo problema de salud no funcionarán en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del gasto sea mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Obtenga aprobación de la cobertura por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su prestador de servicios médicos necesitan obtener la aprobación de la cobertura antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina “**autorización previa**”. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que la aseguradora no cubra el medicamento.

Probar primero un medicamento distinto

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos que cuestan menos, pero generalmente con la misma efectividad, antes de que el plan médico cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan el mismo problema de salud, la aseguradora puede requerir que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, la póliza cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que le surten un medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera que es seguro tomar solo una pastilla de cierto medicamento al día, nosotros podemos limitar la cobertura para su medicamento recetado a solo una pastilla al día.

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre en caso de que alguno de sus medicamentos no tenga la cobertura que a usted le gustaría?

<h3>Sección 5.1 Existen opciones si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea</h3>
--

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o uno que usted y su prestador de servicios médicos consideran que usted debería tomar, no aparece en nuestra lista de medicamentos o aparece, pero con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga cobertura. Si no, es posible que una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que usted desea no.
- El medicamento tiene cobertura, pero hay reglas o restricciones adicionales de la cobertura para dicho medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Existen opciones si su medicamento no tiene la cobertura que a usted le gustaría. Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer al respecto.

CAPÍTULO 5 *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*

Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de algún modo?

Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si está restringido, estas son las opciones:

- Quizá pueda obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una exclusión y pedirle a la aseguradora que pague por el medicamento o que elimine sus restricciones.

Quizá pueda obtener un suministro provisional

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro provisional de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro provisional le otorga más tiempo para hablar con su prestador de servicios médicos acerca del cambio en la cobertura y decidir qué acciones tomar.

Para ser elegible para un suministro provisional, el medicamento que estuvo tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O ahora está restringido de alguna manera.**

- **Si usted es un asegurado nuevo**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90** días de su condición de asegurado en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro provisional será por un máximo de 90 días. Si su receta es por menos días, permitiremos varios surtidos para proveer un suministro máximo de [] del medicamento. El medicamento recetado se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia con medicamentos para tratamientos a largo plazo puede proporcionar el medicamento en menores cantidades a la vez para evitar que se desperdicie).
- **Para aquellos asegurados que han estado en el plan por más de 90 días y que se encuentran en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento específico, o menos si la receta es para menos días. Esto se agrega al suministro provisional descrito anteriormente.

Si tiene preguntas sobre un suministro provisional, llame a Servicios para Asegurados.

Hable con su prestador de servicios médicos durante el período en que obtenga su suministro de medicamentos provisional para decidir qué hacer cuando se termine su suministro. Tienes dos opciones:

CAPÍTULO 5 *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*

1) Puede cambiarlo por otro medicamento

Hable con su prestador de servicios médicos sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Asegurados para pedir una lista de medicamentos con cobertura que traten el mismo problema de salud. Esto puede ayudar a su prestador de servicios médicos a encontrar un medicamento con cobertura que funcione en su caso.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su prestador de servicios médicos pueden pedirle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la manera que usted desee. Si su prestador de servicios médicos dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el prestador de servicios médicos puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitarle a la aseguradora que cubra un medicamento, aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos de la póliza. También puede solicitarle a la aseguradora que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente es un asegurado y el medicamento que usted toma se eliminará de la Lista de medicamentos o se restringirá de algún modo el año próximo, le informaremos cualquier cambio antes del próximo año. Puede solicitar una excepción antes del año próximo y le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de la entrada en vigor del cambio.

Si usted y su prestador de servicios médicos desean pedir una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 podrá encontrar información al respecto. Encontrará los procedimientos y las fechas límite que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al comienzo de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede cambiar la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede hacer lo siguiente:

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

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar nuestra Lista de medicamentos.

CAPÍTULO 5 *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para algún medicamento que toma?

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información sobre tales cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular. A continuación detallamos los casos en que recibiría un aviso directo si se realizaran cambios a un medicamento que está tomando.

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

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de gastos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o a ambos)**
 - Podemos retirar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica aprobada recientemente del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costos compartidos superior o agregar nuevas restricciones, o ambos cuando se añade el nuevo medicamento genérico.
 - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos 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 realicemos el cambio.
 - Usted o la persona que emite la receta puede solicitarnos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo presentar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, el medicamento se puede eliminar de inmediato de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
 - La persona que emite la receta también sabrá acerca de este cambio y podrá ayudarlo a encontrar otro medicamento para su problema de salud.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**

CAPÍTULO 5 *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*

- Es posible que una vez que el año haya comenzado hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, Podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de gastos compartidos, o bien, agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos..
- Para estos cambios, debemos darle un aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o avisarle sobre el cambio y volver a surtir el medicamento que está tomando para 30 días en una farmacia de la red.
- Después de recibir un aviso del cambio, debe trabajar con la persona que emite la receta para cambiar a un medicamento diferente que cubrimos o para satisfacer cualquier nueva restricción en el medicamento que está tomando
- Usted o la persona que emite la receta también pueden solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo presentar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le 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 le afecten a partir del 1.º de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Si aplicamos una nueva restricción al uso que usted pueda hacer del medicamento.
- Si retiramos un medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios se produce con un medicamento que está tomando (excepto para un retiro del mercado, medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que pague como costo compartido hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es posible que no vea ningún aumento en sus pagos ni restricción adicional en el uso que usted haga del medicamento.

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

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos no incluye la cobertura?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa los tipos de medicamentos recetados “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Si toma medicamentos excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en virtud de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se enumeran tres reglas generales acerca de medicamentos que las coberturas de medicamentos de Medicare no pagarán con la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestra póliza no puede pagar por un medicamento que tendría cobertura con la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestra cobertura no puede pagar la compra de medicamentos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Generalmente, nuestra póliza no puede cubrir usos no autorizados. El “uso no autorizado” hace referencia a cualquier uso no indicado en la etiqueta del medicamento, según lo aprobado por la FDA.
- La cobertura para el “uso no autorizado” se permite únicamente cuando el uso está respaldado por ciertas referencias como American Hospital Formulary Service Drug Information y DRUGDEX Information System.

Además, conforme a la ley, las siguientes categorías de medicamentos no están incluidas en los planes de medicamentos de Medicare:

- medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre);
- medicamentos que se usan para fomentar la fertilidad;
- medicamentos que se usan para aliviar la tos o los síntomas de resfrío;
- medicamentos que se usan para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello;
- vitaminas con receta y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro;
- medicamentos que se usan para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil;
- medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento del peso;
- medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante desea requerir que las pruebas o servicios de monitoreo asociados se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta.

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento recetado

Sección 8.1 Proporcione su información de asegurado

Para surtir su medicamento recetado, proporcione la información de asegurado del plan, que se puede encontrar en su tarjeta de asegurado, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de asegurado con usted?

Si no lleva su información de asegurado del plan con usted cuando surta el medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire. (Puede solicitar, luego, que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información acerca de cómo solicitar un reembolso al plan).**

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada con una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando estos cumplan con todas las reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención médica a largo plazo (LTC)?

Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo (LTC, en inglés), como los asilos, tienen su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para comprobar si la farmacia de su centro de LTC o la que usa forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para Asegurados. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir regularmente los beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro provisional o de emergencia.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de una cobertura de un plan grupal para jubilados o empleadores?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su plan grupal para jubilados o empleadores (o el de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Este puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura vigente de medicamentos con receta en relación con nuestra aseguradora.

En general, si tiene una cobertura grupal para jubilados o empleadores, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura grupal. Esto significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial acerca de la "cobertura válida":

Cada año, su plan grupal para jubilados o empleadores debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es “válida”.

Si la cobertura del plan grupal es “válida”, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Guarde estos avisos de cobertura válida, porque es posible que los necesite en el futuro. Si solicita una cobertura de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para comprobar que usted ha mantenido cobertura válida. Si no recibió un aviso de cobertura válida, solicite una copia a través del administrador de beneficios del plan para jubilados o empleadores, del empleador o del sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes terminales con certificación de Medicare?

El centro para pacientes terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para pacientes terminales de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, para las náuseas, un laxante, un analgésico o ansiolítico) sin cobertura de su centro para pacientes terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación de la persona que emite la receta o de su prestador de servicios médicos del centro para pacientes terminales que establezca que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que nuestro plan debe cubrir, solicite a la persona que emite la receta o a su prestador de servicios médicos del centro para pacientes terminales que proporcionen la notificación antes de que surtan su medicamento recetado.

En caso de que usted revoque su elección de un centro para pacientes terminales o que le den el alta de algún centro para pacientes con pacientes terminales, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos, como se explica en este documento. Para evitar cualquier demora en una

CAPÍTULO 5 *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*

farmacia cuando finalicen los beneficios del centro para pacientes terminales de Medicare, lleve a la farmacia documentación para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los asegurados a tomar los medicamentos en forma segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros asegurados con el fin de asegurarnos de que obtengan una atención adecuada y segura.

Realizamos una revisión cada vez que surte un medicamento recetado. Asimismo, revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- posibles errores relacionados con los medicamentos;
- medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted toma otros medicamentos para tratar el mismo problema de salud;
- medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo;
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo;
- recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico;
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando;
- cantidades inseguras de medicamento opioide para el dolor.

Si detectamos un posible problema en el uso de los medicamentos, entablaremos comunicación con su prestador de servicios médicos para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de gestión de medicamentos (DMP, en inglés) para ayudar a los asegurados a tomar los medicamentos opioides en forma segura

Contamos con un programa que ayuda a que los asegurados tomen los medicamentos opioides recetados en forma segura y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Este programa se denomina Programa de gestión de medicamentos (DMP). Si usted usa medicamentos opioides que recibe de varias farmacias o médicos o ha sufrido una sobredosis por opioides recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides es adecuado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, es posible que limitemos la forma en que usted reciba estos medicamentos. Si participa en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

CAPÍTULO 5 *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*

- Requerir que obtenga todas las recetas o benzodiazepinas de medicamentos opioides de determinadas farmacias
- Requerir que obtenga todas las recetas o benzodiazepinas de medicamentos opioides de determinados médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos o benzodiazepinas opioides que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le explicará las limitaciones que consideramos que deben aplicarse en su caso. Tendrá la oportunidad de informarnos a qué médicos o farmacias prefiere acudir, y sobre cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si usted considera que cometimos un error o está en desacuerdo con nuestra determinación o con nuestra limitación, usted y la persona que emite la receta tienen derecho a presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos nuestra decisión. Si continuamos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente externo a nuestra aseguradora. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No participará en nuestro DMP si tiene determinados problemas de salud, como dolor relacionado con el cáncer activo o enfermedad de células falciformes, está recibiendo cuidados paliativos o atención médica para pacientes terminales o vive en un centro de atención médica a largo plazo.

Sección 10.3 Gestión de terapias con medicamentos (MTM, en inglés) para ayudar a que los asegurados administren sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros asegurados con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se denomina Gestión de terapias con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros asegurados obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos asegurados que toman medicamentos para diferentes problemas de salud e incurrir en costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a que los asegurados usen los opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, cuánto toma, cuándo y por qué

CAPÍTULO 5 *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*

los toma. Además, los asegurados del programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a la consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros prestadores de servicios médicos. Asimismo, tenga su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) con usted, en caso de que tenga que ir al hospital o a una sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo aseguraremos automáticamente en dicho programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Asegurados.

CAPÍTULO 6

*usted paga por sus medicamentos
recetados de la Parte D*

CAPÍTULO 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Actualmente recibe ayuda para pagar por sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar por sus medicamentos, **es posible que parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de cobertura acerca de los costos por medicamentos recetados de la Parte D* puede no se aplique a usted.** Nosotros le enviamos un anexo por separado, denominado la “Cláusula de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben el Beneficio Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también denominado “Cláusula sobre subsidio por ingresos bajos” [LIS, en inglés] o la “Cláusula sobre LIS”), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, llame a Servicios para Asegurados y pida la “Cláusula sobre LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que expliquen su cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, usamos el término “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetados de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D; algunos medicamentos tienen cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare y, conforme a la ley, otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare.

Para entender la información sobre pagos, es necesario que conozca qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos con cobertura. Las secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas.

Sección 1.2 Tipos de costos de bolsillo que podría tener que pagar por medicamentos con cobertura

Existen diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “gasto compartido”, y existen tres maneras en las cuales podemos solicitarle que pague.

- El “**deducible**” es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- “**Copago**” es un monto fijo que usted paga cada vez que surte un medicamento recetado.
- “**Coseguro**” es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte un medicamento recetado.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene normas con respecto a lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus costos de bolsillo.

CAPÍTULO 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Estos pagos se incluyen en sus costos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos indicados a continuación (siempre y cuando correspondan a los medicamentos con cobertura de la Parte D y usted siga las normas de la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando usted se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de cobertura para medicamentos:
 - Etapa de deducible
 - Etapa de cobertura inicial
 - Etapa de lapso sin cobertura
- Los pagos que haya realizado durante este año calendario como asegurado con una cobertura de medicamentos recetados de Medicare antes de haberse inscrito en nuestra cobertura.

Efectivamente importa quién paga:

- Si usted mismo hace estos pagos, se incluyen en sus costos de desembolso.
- Estos pagos *también se incluyen* si son realizados en su nombre por **otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los programas de asistencia de medicamentos para el sida, del Servicio de Salud para Indígenas. También están incluidos los pagos realizados por el programa de “Beneficio Adicional” de Medicare.
- También están incluidos algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos durante el lapso sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que la póliza paga por sus medicamentos genéricos.

El paso a la Etapa de cobertura para casos catastróficos:

Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) hayan gastado un total de \$7,400 en costos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de lapso sin cobertura a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

Estos pagos no se incluyen en sus costos de bolsillo

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

- Su prima mensual.
- los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios;
- los medicamentos que no estén cubiertos por nuestra aseguradora;
- los medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red y que no cumplan con los requisitos del seguro respecto a cobertura fuera de la red.
- pagos que realice respecto de los medicamentos recetados que no suelen estar incluidos en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare;

CAPÍTULO 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- los pagos por sus medicamentos genéricos o de marca que hizo la aseguradora mientras usted se encontraba en el lapso sin cobertura.
- los pagos por sus medicamentos realizados por coberturas médicas grupales, incluidas las coberturas médicas disponibles a través de empleadores;
- los pagos por sus medicamentos realizados por determinadas coberturas y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos;
- los pagos por sus medicamentos realizados por un tercero que tenga la obligación legal de pagar los gastos de los medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las indicadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo respecto de los medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a Servicios para Asegurados.

¿Cómo puede dar seguimiento al total de sus gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) de la Parte D que recibe incluye la cantidad actual de sus costos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los \$7,400, en este informe se le indicará que ha salido de la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le brinda información sobre lo que usted puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre cuando obtiene el medicamento

<h3>Sección 2.1</h3>	<h3>¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los asegurados de American Health Advantage of Texas?</h3>
-----------------------------	---

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en American Health Advantage of Texas. Lo que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre al momento en que surte un medicamento recetado o vuelve a surtirlo. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de lapso sin cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura para casos catastróficos

CAPÍTULO 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible. Esto se aplica a todas las personas que se administran insulina, incluso si recibe el Beneficio Adicional.

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de cobertura se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado Explicación de beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”)

Nuestro plan da seguimiento a los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha realizado cuando surte sus medicamentos recetados o vuelve a surtirlos en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuando pase de una etapa de cobertura para medicamentos a la próxima. En particular, hay dos tipos de costos a los que damos seguimiento:

- Damos seguimiento a lo que ha pagado. Esto se denomina su costo de **“bolsillo”**.
- Hacemos un seguimiento de sus **“costos totales de medicamentos”**. Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre, más la cantidad pagada por la póliza.

Si ha tenido una receta surtida o más 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 de ese mes.** Este informe presenta los detalles de pago de los medicamentos recetados que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que la aseguradora pagó, y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** Esto se denomina información del “año hasta la fecha”. Le muestra el costo total de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre aumentos en el precio con respecto al primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** En esta parte, se incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos recetados.

CAPÍTULO 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información acerca de sus pagos por medicamentos**

Para dar seguimiento al costo de sus medicamentos y los pagos que realiza por medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, se indica cómo puede ayudarnos a mantener su información actualizada y correcta:

- **Muestre su tarjeta de asegurado cada vez que surta un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a dar seguimiento a sus costos de bolsillo, puede enviarnos copias de estos recibos. Aquí hay ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento con cobertura en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestra aseguradora.
 - Cuando hace un copago por medicamentos proporcionados por un programa de asistencia al paciente que ofrezca el fabricante del medicamento.
 - Cuando haya comprado medicamentos con cobertura en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que haya pagado el precio total de un medicamento con cobertura en circunstancias especiales.
 - Si se le factura un medicamento con cobertura, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información acerca de los pagos que otras personas hayan hecho en su nombre.** Los pagos hechos por ciertos individuos y organizaciones también cuentan en favor de sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por el , un Programa de asistencia para medicamentos contra el sida (ADAP, en inglés), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como costos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenos los recibos para que podamos dar seguimiento a los costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Asegurados. Asegúrese de guardar estos informes.

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

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted completa su primera receta para el año. Cuando se encuentre en

CAPÍTULO 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible del plan, que es de \$505 para 2023.

Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible. Esto se aplica a todas las personas que se administran insulina, incluso si recibe el Beneficio Adicional.

Una vez que haya pagado \$505 por sus medicamentos de , saldrá de la Etapa de deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento recetado depende del medicamento y dónde lo surta

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados con cobertura, y usted paga su parte (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento recetado y dónde lo surta.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende del tipo de farmacia en que usted obtiene el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no se encuentra en la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2 Un cuadro que le muestra sus costos por un suministro de un mes de un medicamento

Durante la etapa de cobertura inicial, la parte del costo que le corresponderá por un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

Como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costos compartidos.

CAPÍTULO 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan. Esto se aplica a todas las personas que se administran insulina, incluso si recibe el Beneficio Adicional.

Su parte del costo al obtener un suministro de *un mes* de un medicamento recetado con cobertura de la Parte D:

	Costos compartidos en minoristas estándares (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos en pedidos por correo (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos por LTC (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro de hasta 30 días)
Todos los medicamentos	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %

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

Generalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. En ocasiones, quizá usted o su médico deseen tener un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). Asimismo, puede pedirles a la persona que recete y al farmacéutico que le surta un suministro de menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayudara a planear de mejor manera las fechas en las que deberá volver a surtir diferentes medicamentos recetados.

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

- Si es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será inferior, ya que el costo total del medicamento será inferior.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que reciba, en lugar de un mes completo. Calcularemos el monto que usted paga

CAPÍTULO 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

por día por el medicamento (la “tasa diaria de gasto compartido”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para un suministro de largo plazo (90) de un medicamento

Para determinados medicamentos, se puede obtener un suministro de largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro de largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

En la siguiente tabla, se muestra lo que debe pagar al obtener un suministro de largo plazo de un medicamento.

- Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan. Esto se aplica a todas las personas que se administran insulina, incluso si recibe el Beneficio Adicional.

Su parte del costo al obtener un suministro de largo plazo de un medicamento recetado con cobertura de la Parte D:

	Costos compartidos en minoristas estándares (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Costos compartidos en pedidos por correo (suministro para 90 días)
Todos los medicamentos	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen \$4,660

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que haya surtido alcance el límite de \$4,660 para la Etapa de cobertura inicial.

La Explicación de beneficios (EOB, en inglés) de la Parte D que recibirá lo ayudará a realizar un seguimiento de la cantidad que usted, el plan, así como cualquier tercero, hayan pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si efectivamente alcanza este monto, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de lapso sin cobertura. Etapa de lapso sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 de Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo.

CAPÍTULO 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de lapso sin cobertura

Cuando se encuentra en la etapa de lapso sin cobertura, el Programa de descuentos durante el lapso sin cobertura de Medicare brinda descuentos de fábrica para los medicamentos de marca. Usted debe pagar el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho por los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el descuento de fábrica se cuentan en favor de sus gastos de bolsillo, como si los hubiera pagado, y le permiten avanzar a lo largo del lapso sin cobertura.

También recibe cobertura parcial por los medicamentos genéricos. Paga, como máximo, el 25 % del costo de los medicamentos genéricos y la póliza paga el resto. Solo el monto que usted paga es el que cuenta y le permite avanzar a lo largo del lapso cobertura.

Usted continúa pagando estas cantidades hasta que sus pagos de los costos de desembolso anuales alcancen la cantidad máxima que Medicare ha establecido. Una vez que alcance este monto \$7,400, abandonará la Etapa de lapso sin cobertura y pasará a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

Medicare tiene normas sobre lo que se contempla y lo que *no* se contempla como su costo de desembolso (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura para casos catastróficos, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted ingresa en la Etapa de cobertura para casos catastróficos cuando sus costos de bolsillo alcanzan el límite de \$7,400 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura para casos catastróficos, permanecerá en esta etapa de cobertura hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos. Usted pagará:

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que sea *mayor*:
 - – *un* coseguro del 5 % del costo del medicamento;
 - – *o* un monto de costos compartidos para casos catastróficos de \$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un medicamento genérico y un monto de costos compartidos para casos catastróficos de \$10.35 para todos los demás medicamentos.
-

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame al Servicios para Asegurados

CAPÍTULO 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nuestra cobertura para vacunas de la Parte D incluye dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **administrar las vacunas**. (Esto a veces se denomina “administración” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna cubierta por la Parte D depende de tres cosas:

1. El tipo de vacuna (contra qué se lo está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte el *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)* en el Capítulo 4).
- Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos* de la póliza.

2. Dónde se le aplica el medicamento de la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro prestador de servicios médicos puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga al momento de la administración de una vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la etapa del medicamento en la que se encuentre.

- En ocasiones, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el prestador de servicios médicos le administre la vacuna. Puede solicitarle a la aseguradora que le reembolse su parte del costo.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted se vacuna en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted pagará a la farmacia su coseguro por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestra póliza pagará el resto del costo.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio médico.

- Cuando recibe la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el prestador de servicios médicos le administre la vacuna.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague su parte del costo; para ello, deberá usar los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

CAPÍTULO 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Situación 3:* Compra la vacuna cubierta por la Parte D en la farmacia y, luego, la lleva al consultorio del médico donde se la administran.
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro normal por la vacuna (incluida la administración)
 - Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coseguro para la vacuna.
 - Cuando el médico le administre la vacuna, deberá pagar el costo total del servicio. Luego puede pedirle a nuestro plan que pague su parte del costo; para ello, deberá usar los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
 - Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por administrarle la vacuna

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de sus servicios o medicamentos con cobertura

A veces, cuando solicite atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que advierta que ha pagado más de lo que esperaba en virtud de las normas de cobertura de la aseguradora. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le reembolse el pago (reintegrarle un pago suele llamarse otorgarle un “reembolso”). Es su derecho obtener un reembolso por parte del plan siempre que haya pagado una suma superior a su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

En otras ocasiones, es posible que un prestador de servicios médicos le facture el costo total de la atención médica recibida o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos como se analiza en el documento. Primero intente resolver la factura con el prestador de servicios médicos. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si corresponde cubrir los servicios. Si decidimos que corresponde cubrirlos, le pagaremos directamente al prestador de servicios médicos. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al prestador de servicios médicos. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este prestador de servicios médicos, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, indicamos algunos ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestra póliza que le realice un reembolso o que pague una factura que haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia por parte de un prestador de servicios médicos fuera de la red de nuestra póliza

Puede recibir servicios de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia por parte de cualquier prestador de servicios médicos, independientemente de que forme o no parte de nuestra red. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo por servicios de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Los prestadores de servicios médicos de emergencias están legalmente obligados a proporcionar cuidado de emergencia. Si accidentalmente paga el monto total al momento de recibir la atención, solicítenos que le reintegremos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con los comprobantes de los pagos que haya realizado.
- Recibirá facturas por parte de un prestador de servicios médicos en las que se solicita un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura junto con los comprobantes de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe algo al prestador de servicios médicos, le pagaremos directamente al prestador.

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

- Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un prestador de servicios médicos de la red le envía una factura que usted cree que no debe pagar

Los prestadores de servicios médicos de la red siempre deben facturar directamente a la póliza y solicitarle a usted su parte del costo. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan a usted que pague más de lo que le corresponde.

- Solo debe pagar el monto de sus costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los prestadores de servicios médicos agreguen cargos adicionales por separado, lo que se denomina “factura con saldo”. Esta protección (que nunca pagará más que los gastos compartidos) rige incluso si le pagamos al prestador de servicios médicos menos de lo que él cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos de prestadores de servicios médicos.
- Siempre que reciba una factura de un prestador de servicios médicos que forma parte de la red con un monto que usted considere que supera al que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el prestador de servicios médicos directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un prestador de servicios médicos de la red, pero piensa que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con los comprobantes de los pagos que haya hecho y solicítenos que le paguemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda según la cobertura.

3. Si obtuvo cobertura de nuestra aseguradora en forma retroactiva

A veces, la solicitud de cobertura de una persona se hace en forma retroactiva. (En forma retroactiva significa que el primer día de su solicitud de cobertura ya ha pasado. Es posible que la fecha de la solicitud de cobertura haya tenido lugar, incluso, el año pasado).

Si solicitó cobertura en nuestra póliza en forma retroactiva y pagó de su bolsillo servicios y medicamentos con cobertura después de su fecha de solicitud de cobertura, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar cierta documentación, como recibos y facturas, para que gestionemos el reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente la reclamación. Cuando eso sucede, tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetados.

Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para ver un análisis de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetados porque no tiene su tarjeta de asegurado de la póliza con usted

Si no tiene la tarjeta de asegurado de la póliza con usted, puede solicitarle a la farmacia que llame a la póliza o que busque su información de solicitud de cobertura. Sin embargo, si la

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

farmacia no puede obtener de inmediato la información de solicitud de cobertura que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado.

Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetados en otras situaciones

Usted podría pagar el costo total del medicamento recetados porque descubre que, por alguna razón, dicho medicamento no tiene cobertura.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos con cobertura (Vademécum)* de la póliza; o bien, podría tener un requisito o una restricción que usted desconocía o que no pensaba que lo afectarían. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le realicemos un reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico, a fin de reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos indicados anteriormente son tipos de decisiones en materia de cobertura. Esto significa que si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo debe solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido

Puede solicitarnos que le realicemos un reembolso al llamarnos o enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Puede ser una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para que los conserve como constancia. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 120 días** desde la fecha en que recibió el servicio, elemento o medicamento.

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

Para reclamaciones médicas: P.O. Box 981604
El Paso, TX 79998-1604

Para reclamaciones de farmacia: 8935 Darrow
Rd, P.O. Box 1208Twinsburg, OH 44087

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

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa

Sección 3.1 Verificaremos si nos corresponde cubrir el servicio o el medicamento y el monto que le adeudamos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos brinde información adicional. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, le pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo. Si no ha pagado el servicio o el medicamento aún, le enviaremos el pago directamente al prestador de servicios médicos.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* tienen cobertura o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos por los cuales no estamos enviando el pago y sus derechos de apelar esa decisión.

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

Si considera que cometimos un error al negar su solicitud de pago o el monto que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al negar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8

y responsabilidades

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades**SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como asegurado del plan****Sección 1.1 Debemos proporcionar información de forma tal que a usted le sirva y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, impresa en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.)**

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con 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 de interpretación gratuitos para responder preguntas a asegurados que no hablan inglés. Podemos también ofrecerle información en letra grande u otros formatos alternativos sin costo para usted, si la necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios de la póliza en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nuestra parte de forma tal que a usted le sirva, llame a Servicios para Asegurados.

Nuestro plan debe brindar a las afiliadas de sexo femenino la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los prestadores de servicios médicos de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar prestadores de servicios médicos especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos 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 necesita, llame al plan para obtener información sobre adónde acudir para obtener este servicio al nivel de costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún inconveniente para obtener información de parte de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para ver a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante Quejas formales y apelaciones en 1-855-521-0628 También puede presentar una queja ante Medicare al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.2 Debemos garantizar que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos con cobertura**

Usted tiene derecho a elegir un prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés) en la red del plan para proporcionar y organizar sus servicios con cobertura. No requerimos que obtenga derivaciones para ir a un prestador de servicios médicos de la red.

Tiene derecho a obtener consultas y servicios con cobertura de la red de prestadores de servicios médicos del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos por parte de los especialistas cuando necesita tal atención. También tiene derecho a poder surtir o volver a surtir sus medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está obteniendo atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9 encontrará información sobre lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos e información médica personal. Protegemos su información de salud personal, según exigen estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos brindó cuando se afilió a este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le proporcionamos un aviso por escrito denominado “Aviso de Práctica de Privacidad”, que brinda información sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise ni altere sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a alguien que no le brinde atención o no pague por su atención, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener en primer lugar un permiso de usted por escrito. Estas excepciones están permitidas o son requeridas por la ley.
 - Tenemos la obligación de difundir información sobre la salud a agencias gubernamentales que estén comprobando la calidad de la atención.
 - Puesto que es nuestro asegurado por medio de Medicare, tenemos la obligación de darle a Medicare información sobre su salud que incluye información acerca de los medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

otros usos, dicha divulgación se hará conforme las leyes y reglamentaciones federales. En general, esto requiere que no se divulgue la información que permita identificarle.

Puede tener acceso a la información de su expediente médico y saber cómo se ha compartido con otras personas

Tiene derecho a ver su expediente médico guardado en los archivos de la póliza y de obtener una copia de su expediente. Tenemos permitido cobrarle un cargo por las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido con otros su información de salud para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de la información médica personal, llame a Servicios para Asegurados.

Sección 1.4 Estamos obligados a proporcionarle información acerca del plan, la red de prestadores de servicios médicos y sus servicios con cobertura

Como asegurado de American Health Advantage of Texas, tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información.

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Asegurados:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre las condiciones financieras del plan.
- **Información acerca de los prestadores de servicios médicos y las farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información acerca de las certificaciones de los prestadores de servicios médicos y las farmacias de la red y sobre la forma en que les pagamos a dichos prestadores de servicios médicos en nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la utilice.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o 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 llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones acerca de su atención

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

Tiene derecho a obtener toda la información por parte de sus médicos y otros prestadores de servicios médicos. Sus prestadores de servicios médicos deben explicarle cuál es su problema de salud y sus opciones de tratamiento *de forma tal que sea fácil de entender para usted*.

También tiene derecho a participar en todas las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con su médico acerca del mejor tratamiento para usted, entre sus derechos se incluyen los siguientes:

- **Conocer todos los detalles sobre sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su problema de salud, sin importar lo que cuesten o si su cobertura las incluye. También incluye recibir información sobre programas que ofrece nuestro plan, a fin de ayudar a que los miembros administren sus medicamentos y usen los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención médica o tratamiento propuesto es parte de un estudio experimental. Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o de cualquier otro centro de salud, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza un tratamiento o deja de tomar el medicamento, usted acepta su entera responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de ello.

Tiene el derecho de dejar instrucciones acerca de lo que debe hacerse si usted no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

En ocasiones, las personas pierden la capacidad para tomar decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a dejar dicho lo que quiere que suceda si se llegase a encontrar en esa situación. Eso significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para darle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, en caso de que en algún momento no sea capaz de tomar las decisiones usted mismo.
- **Proporcionar instrucciones por escrito a su médico** sobre cómo desea que se administre su atención médica en caso de que usted llegue a perder la capacidad para tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dejar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman “**instrucciones anticipadas para asuntos médicos**”. Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y distintos nombres para cada una de ellas. Los documentos

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

llamados “testamentos en vida” y “poderes para decisiones médicas” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si quiere usar una “directiva anticipada” para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Conseguir el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, un trabajador social o alguna tienda de artículos de oficina. En ocasiones, las organizaciones que brindan información sobre Medicare pueden suministrarle los formularios de directiva anticipada.
- **Complételo y fírmelo.** Sin importar dónde consiga este formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que correspondan.** Le recomendamos que les entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el documento para que tome las decisiones en caso de que no pueda hacerlo usted. Le recomendamos que entregue copias a sus parientes y amigos más cercanos. Conserve una copia en su casa.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve consigo una copia cuando vaya al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si tiene algún formulario de instrucción anticipada firmado y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado ninguna instrucción anticipada, en el hospital podrán proporcionarle los formularios y le preguntarán si desea firmar alguno.

Recuerde, es usted quien decide si desea completar una instrucción anticipada (es más, será usted quien decida si desea firmar alguna cuando se encuentre en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si sus instrucciones no son respetadas?

Si firmó instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones, puede presentar una queja ante el Texas Departamento de Salud

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se le informa qué puede hacer. Sin importar lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo de forma justa.**

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado deshonestamente o que sus derechos no están siendo respetados?**Si es un tema de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que ha sido tratado deshonestamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, etnicidad, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) al 1-800-368-1019 o, en caso de ser usuario de TTY, al 1-800-537-7697, o bien, llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Es sobre algún otro tema?

Si cree que ha sido tratado deshonestamente o que sus derechos no han sido respetados, y que *no* es un tema de discriminación, obtendrá ayuda para tratar el problema de las siguientes maneras:

- Puede **llamar al Servicios para Asegurados**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Existen muchos lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Servicios para Asegurados**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - 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 bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado

A continuación, enumeramos sus responsabilidades como asegurado. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Asegurados.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Conozca cuáles son los servicios con cobertura y las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para conocer lo que tiene cobertura y las normas que debe seguir para recibir los servicios con cobertura.
 - Los capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de gastos médicos o de medicamentos recetados que no sea nuestro plan, es necesario que nos lo comunique.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Avíseles a su médico y a otros prestadores de servicios médicos que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de asegurado de la póliza cada vez que reciba atención médica o adquiera sus medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros profesionales médicos le ayuden al brindarles información, hacerles preguntas y seguir las instrucciones sobre su tratamiento.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros prestadores de servicios médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acuerde con su médico.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Contamos con que todos nuestros asegurados respeten los derechos de los demás pacientes. También contamos con que actúe de forma que colabore con el funcionamiento sin contratiempos del consultorio del médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que deba.** Como asegurado, es su responsabilidad realizar los pagos por los siguientes servicios:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe seguir pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo asegurado del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos, usted debe pagar su parte de los costos.
 - Si se le requiere que pague la suma adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted deberá continuar pagando la suma adicional directamente al gobierno para poder seguir siendo asegurado del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener su documento que lo acredita como asegurado al día y saber cómo comunicarnos con usted.

CAPÍTULO 8 *Sus derechos y responsabilidades*

- Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá mantener la condición de asegurado de nuestro plan.
- Si se muda, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, usted deberá recurrir al **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, usted tendrá que recurrir al **proceso de presentación de quejas**, también denominadas quejas formales.

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

La guía que se encuentra en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado para usar y lo que debería hacer.

Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales?

Existen términos legales para algunos procedimientos, reglas y tipos de fechas límite descritos en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente, aparece “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de la cobertura” o “determinación en riesgo” y “organización revisora independiente” en lugar de “Entidad de revisora independiente”.
- Además, se usa la menor cantidad posible de abreviaciones.

Sin embargo, es posible que sea útil, y en ocasiones bastante importante, que conozca los términos legales adecuados. Conocer los términos que debe usar le ayudará a comunicarse de forma más precisa para obtener la ayuda o la información adecuadas para su situación. Para ayudarle a conocer los términos que debe usar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para tratar los tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con atención al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que desee que le ayude o guíe una persona que no tenga relación con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarle.

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

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, en inglés)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o cobertura médica. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a entender los procesos que deberá seguir para tratar el problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle una orientación acerca de lo que debe hacer.

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

Medicare

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

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para tratar su problema?

Si tiene algún problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Tiene un problema o inquietud con respecto a sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas acerca de si algún tipo de atención médica o medicamento recetado específicos tienen cobertura o no, el tipo de cobertura y los problemas relacionados con el pago por la atención médica o los medicamentos recetados.

Sí.

Diríjase a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4: “Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

Salte a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: vistazo general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para servicios médicos y medicamentos recetados, incluido el pago. Este es el proceso que debe seguir para tratar problemas con respecto a la cobertura que algo pueda o no tener y el tipo de cobertura.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red toma una decisión de cobertura (a su favor) por usted si recibe atención médica de su parte o si su médico de la red lo refiere a un especialista. Usted y su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro sobre la cobertura para un servicio médico en particular o se niega a proporcionar atención médica que usted crea necesitar. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se desestimaré una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimaré una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos su solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en donde detallaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Cuando tomamos una decisión de cobertura, decidimos qué es lo que tiene cobertura y cuánto debemos pagar. En algunos casos, es posible que decidamos que un servicio o medicamento no tiene cobertura o que ya no tiene cobertura de Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión, usted podrá presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, las cuales repasaremos más adelante, usted puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada sobre una decisión de cobertura. Su apelación es tratada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

El momento en que apela una decisión por primera vez se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión tomada para verificar que hayamos seguido todas las reglas de

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

forma adecuada. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en donde detallaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso, pero nuestra respuesta es negativa para la totalidad o una parte de la apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la realiza una organización revisora independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones para servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si decimos que no a la totalidad o una parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan más a fondo en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales. (La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Estos son algunos recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelación:

- **Puede llamarnos al Servicios para Asegurados.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Asegurados y solicite el formulario “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio de Internet en TX.AmHealthPlans.com).
 - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, automáticamente se enviará al Nivel 2.
 - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona que emite la receta 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 la persona que emite la receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que actúe por usted como “representante” para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Asegurados y solicite el formulario de “Designación de representante”.

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

(El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio de Internet en TX.AmHealthPlans.com). El formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted desee que actúe en su representación. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.

- Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o finalizar nuestra revisión hasta no recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar la decisión sobre su apelación), se descartará su solicitud de apelación. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito donde se explicará su derecho a pedir a la organización revisora independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o bien averiguar el nombre de un abogado del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de referencias. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratis si usted cumple con los requisitos. No obstante, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o para apelar una decisión.

<h3>Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda detalles para su situación?</h3>

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene sus propias normas y fechas límite, brindamos los detalles de cada una en otra sección:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF, en inglés]).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios para Asegurados. También puede obtener ayuda o información por parte de organizaciones gubernamentales, tales como su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, en inglés).

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

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

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

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (lo que tiene cobertura y lo que usted debe pagar)*. Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica”, que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetados de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en una de estas cinco situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y cree que nuestra póliza la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestra cobertura no aprueba la atención médica que su médico u otro prestador de servicios médicos desee brindarle y usted cree que esta atención está incluida en la póliza. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que debe cubrir la póliza, pero hemos dicho que no pagaremos esa atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que el plan médico debe cubrir y desea pedirle a nuestro seguro que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le informan que la cobertura para cierta atención médica que recibió y que estaba aprobada previamente se reducirá o interrumpirá y usted cree que reducir o interrumpir la atención puede ser perjudicial para su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORE, en inglés), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **“determinación de la organización”**.

Una “decisión rápida de cobertura” se denomina **“determinación acelerada”**.

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

Una “decisión estándar de cobertura” generalmente se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una “decisión rápida de cobertura” dentro de las 72 horas para los servicios médicos o dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura usted debe cumplir dos requisitos:

- *Solo puede solicitar cobertura de atención médica que aún no haya recibido.*
- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si usar las fechas límite estándares puede *causar un grave peligro para su salud o dañar su capacidad física.*
- **Si su médico nos informa que su salud exige una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente comunicarle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico), decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta donde:
 - Explica que usaremos los plazos estándares
 - Explica si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, comunicaremos automáticamente dicha decisión.
 - Explica que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de comunicarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Primero, llame, escriba o envíe un fax a nuestro seguro para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su representante o su médico pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicamos una respuesta.

Para las decisiones estándares de cobertura utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **para un artículo o servicio médicos**. Si su solicitud es acerca un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **No obstante**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más** si solicitud es por un artículo o servicio médicos. Si nos tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es acerca de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, 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 para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información acerca de las quejas).

Para las decisiones rápidas de cobertura, utilizamos un plazo acelerado

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

- **No obstante**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si nos tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es acerca de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para ver información sobre quejas). Lo llamaremos en cuanto hayamos tomado la decisión.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina **“reconsideración” del plan.**

Una “apelación rápida” también se llama **“reconsideración acelerada”.**

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

Una “apelación estándar” generalmente se presenta dentro de los 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se presenta dentro de las 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que aún no recibió, usted o su médico debe decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos informa que su salud requiere de una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para solicitar una “apelación rápida” son los mismos que los que se necesitan para solicitar una “decisión rápida de cobertura” que se mencionan en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela en una solicitud por escrito.** También puedes pedir una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente una apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasó cuando la presente. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buen motivo podrían incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.**

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

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente al comunicarnos con usted o con su médico.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hiciéramos.
 - No obstante, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si solicitud es por un artículo o servicio médicos. Si nos tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo si su solicitud es acerca de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le comunicamos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del plazo extendido, si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización revisora independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud**, enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2. La organización revisora independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Para apelaciones estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetados de la Parte B de Medicare que no recibió aún, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo si su afección de salud así lo exigiera.
 - No obstante, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si solicitud es por un artículo o servicio médicos. Si nos tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es acerca de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para ver información sobre quejas).
- Si no le comunicamos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización revisora independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos Sí a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o suministrar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si solicitó un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la “organización revisora independiente” es “**Entidad revisora independiente**”. A veces se denomina “**IRE**”.

La **organización revisora independiente** es una **organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización revisora independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización revisora independiente para fundamentar su apelación.
- Los revisores de la organización revisora independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una “apelación rápida” a nivel 1, también la tendrá a nivel 2

- Para la “apelación rápida”, la organización revisora debe responderle a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** del momento en que recibe su apelación.

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

- No obstante, si su solicitud es por un servicio o artículo médicos y la organización revisora independiente necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización revisora independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una “apelación estándar” al nivel 1, también la tendrá a nivel 2

- Para la “apelación estándar”, si su solicitud es por un artículo o servicio médicos, la organización revisora debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetados de la Parte B de Medicare, la organización revisora debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** del momento en que recibe su apelación.
- No obstante, si su solicitud es por un servicio o artículo médicos y la organización revisora independiente necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización revisora independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización revisora independiente le da una respuesta.

La organización revisora independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos en los que se basó.

- **Si la organización revisora acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización revisora en el caso de las solicitudes estándares. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización revisora.
- **Si la organización revisora acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o brindar dicho medicamento recetado de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización revisora en el caso de las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización revisora.
- **Si esta organización rechaza toda o parte de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “defender la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización revisora independiente le enviará una carta donde:
 - Explica la decisión
 - Notifica el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba

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

de la organización revisora independiente le indicará el valor en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.

- Información sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea seguir con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado se ocupan de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

El Capítulo 7 describe los casos en los que puede solicitar un reembolso o pago de una factura que recibió de un prestador de servicios médicos. También informa cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. A fin de tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica por la que usted pagó es un servicio con cobertura. También verificaremos si cumplió todas las normas para el uso de la cobertura de atención médica.

- **Si aprobamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al prestador de servicios médicos.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* tiene cobertura, o si usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta donde indique que no pagaremos los servicios y detallaremos los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos solicita modificar la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

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

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

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos solicita que le reintegremos el pago de atención médica que ya recibió y pagó, no tiene permitido solicitar una apelación rápida.
- Si la organización revisora independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al prestador de servicios médicos en un plazo de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al prestador de servicios médicos dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le informa qué debe hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, en general decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”. También usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos con cobertura” o “Formulario”.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos al respecto. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que no se puede surtir su medicamento recetado según lo indicado en la receta, la farmacia le brindará un aviso por escrito donde le explicarán cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales

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

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en una de estas situaciones:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no aparece en la *Lista de medicamentos con cobertura*. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la exención de una restricción sobre la cobertura para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede recibir). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitarnos un reembolso. Sección 6.4**

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

Esta sección le informa cómo pedir decisiones de cobertura y también cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitarnos la cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **“excepción de la lista de medicamentos”**.

La solicitud de eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento también se denomina solicitud de una **“excepción de la lista de medicamentos”**.

Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido con cobertura en ocasiones se denomina solicitar una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no tiene cobertura de la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona que emite la receta deberán explicar los motivos médicos por los cuales necesita que se le apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otra persona que emite la receta, pueden pedirnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no aparezca en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no forma parte de la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costos compartidos que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción a un monto de costos compartidos que nosotros le exijamos pagar por el medicamento.
- 2. Eliminación de una restricción para un medicamento con cobertura.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos en

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

nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción en el monto de copago o coseguro que le solicitamos que pague por el medicamento.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe conocer antes de solicitar excepciones

Su médico nos debe informar los motivos médicos

Su médico u otra persona que emite la receta deben entregarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que se solicita una excepción. Para agilizar la decisión, incluya esta información médica de su médico u otra persona que emite la receta cuando solicite la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar un problema de salud en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaríamos la solicitud de excepción.

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

- En caso de que aprobemos su solicitud de excepción, generalmente, nuestra aprobación es válida hasta el final del año de la cobertura. Este es el caso siempre que su médico siga recetándole el medicamento y que ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su problema de salud.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión al presentar una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales

Una “decisión rápida de cobertura” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

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

Las “**decisiones estándar de cobertura**” se toman en un plazo de **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Las “**decisiones rápidas de cobertura**” se toman en un plazo de **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión rápida de cobertura”. Para obtener una decisión rápida de cobertura usted debe cumplir dos requisitos:

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

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar que le reembolsemos el monto de una decisión rápida de cobertura de un medicamento que ya compró).
- Usar las fechas límite estándares puede causar un grave peligro para su salud o dañar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona que receta nos informa que su salud exige una “decisión rápida de cobertura”, le comunicaremos automáticamente una decisión rápida de cobertura.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de la persona que emite la receta), decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta donde:
 - Explica que usaremos las fechas límite estándares.
 - Explica que si su médico u otra persona que emite la receta solicitan la decisión rápida de cobertura, comunicaremos automáticamente dicha decisión.
 - Le indica cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de comunicarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas posterior a la recepción.

Paso 2: Solicite una “decisión estándar de cobertura” o una “decisión rápida de cobertura”.

Primero, llame, escriba o envíe un fax a nuestro seguro para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicio a los Programas de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Inserte el texto Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona que emite la receta) o su representante pueden hacerlo. También puede solicitar a un abogado que actúe como su representante. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”,** que son los motivos médicos de la excepción. Su médico u otra persona que emite la receta puede enviarnos la declaración por fax o por correo postal. Su médico u otra persona que emite la receta también pueden informarnos acerca de dichos motivos por teléfono y posteriormente enviarnos una declaración por escrito por fax o correo en caso de que sea necesario.

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

Paso 3: Consideramos su solicitud y le comunicamos una respuesta.

Fechas límite para una “decisión rápida de cobertura”

- Por lo general, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hiciéramos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización revisora independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una “decisión estándar de cobertura” sobre un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hiciéramos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización revisora independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, tenemos que **prestar la cobertura** que hemos acordado prestar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una “decisión estándar de cobertura” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

- Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización revisora independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales

Una apelación presentada al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **“calcular de nuevo”** la póliza.

Una “apelación rápida” también se denomina **“calcular de nuevo de manera acelerada”**.

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

Una “apelación estándar” generalmente se presenta dentro de los 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se presenta dentro de las 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una “apelación rápida”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona que emite la receta deben decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para solicitar una “apelación rápida” son los mismos que los que se necesitan para solicitar una “decisión rápida de cobertura” que se mencionan en la Sección 6.4 de este capítulo.

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

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona que emite la receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-855-521-0628.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasó cuando la presente. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buen motivo podrían incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, repasamos cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico o la persona que emite la receta para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hiciéramos.
 - Si no le comunicamos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización revisora independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

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

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” para un medicamento que aún no recibió

- Para apelaciones estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes en caso de que aún no haya recibido el medicamento y su problema de salud exigiera que lo hiciéramos.
 - Si no le comunicamos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización revisora independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización revisora independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

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

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

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la “organización revisora independiente” es “**Entidad revisora independiente**”. A veces se denomina “**IRE**”.

La organización revisora independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (su representante, médico u otra persona que emite la receta) debe comunicarse con la organización revisora independiente y solicitarle una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización revisora independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación del Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisiones. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de “en riesgo” bajo nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización revisora independiente para fundamentar su apelación.

Paso 2: La organización revisora independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización revisora independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si su salud lo exigiera, solicite a la organización revisora independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización acepta concederle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Fechas límite para una “apelación estándar”

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

- Para apelaciones estándares, la organización revisora debe comunicarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que usted aún no recibió. Si está solicitando el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización revisora independiente le da una respuesta.

Para “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización revisora independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos prestar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización revisora **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización revisora.

Para “apelaciones estándares”:

- **Si la organización revisora independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **prestar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización revisora **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización revisora.
- **Si la organización revisora independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud una solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina “defender la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la organización revisora independiente le enviará una carta donde:

- Explica la decisión.
- Notifica el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el nivel 2 es definitiva.
- Informa 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, usted decide si desea seguir con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).

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

- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado se ocupan de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto*

Al ser hospitalizado, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización con cobertura, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted en la preparación para el día en que reciba su alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que sale del hospital se denomina “**fecha del alta**”.
- Una vez que se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le piden que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

<h4>Sección 7.1 <i>Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos</i></h4>

Después de dos días de su hospitalización, se le entregará un aviso escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si usted no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un encargado del caso o enfermero), pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Asegurados o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y consulte en caso de no entenderlo. Le indica:

- su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos;
- Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su hospitalización.
- dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria;
- su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión sobre su alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Es una manera formal y legítima de

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

pedir una postergación en su fecha de alta para que podamos cubrir su atención hospitalaria durante un período más prolongado.

- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a una persona que lo represente que firme el aviso.
 - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.
- 3. Conserve una copia** del aviso a su alcance, de manera que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad de atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso con más de dos días de anticipación al día que recibe el alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada de su alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicios para Asegurados (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices>.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Servicios para Asegurados. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, en inglés), una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés) revisa su apelación. Esta comprueba si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención suministrada a personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital correspondientes a las personas que están inscritas en Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Tiene que actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*), se le explica cómo comunicarse con esta organización. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

Actúe de inmediato:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y debe hacerlo **antes de la medianoche del día del alta**.
 - **Si usted cumple con esta fecha límite**, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con esta fecha límite** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta prevista, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta prevista.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente ante nuestra póliza. Para obtener más detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso por escrito indica su fecha de alta prevista y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.

Puedes obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** si llama al Servicios para Asegurados 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 una muestra del aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices>.

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

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

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

- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos entregado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos comuniquen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que indica la fecha prevista de su alta hospitalaria. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro del día completo posterior al día en que tenga toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización revisora *acepta* su apelación, **debemos seguir suministrando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones sobre sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización revisora *rechaza* su apelación, significa que, para dicha organización, su fecha de alta prevista es médicamente adecuada. Si sucede esto, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le responda a su apelación.
- Si la organización revisora *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted va a pasar al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Durante la apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si la Organización

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

para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su hospitalización después de la fecha de alta prevista.

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

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechace* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finaliza su cobertura para la atención médica.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

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

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

Si la organización revisora acepta:

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que ha recibido desde mediodía del día posterior al día del rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura de su atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

En caso de rechazo de la organización de revisiones:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1. Esto se llama “defender la decisión”.
- El aviso que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea proseguir con su apelación mediante el paso al nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado se ocupan de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “**apelación acelerada**”.

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, hay otra manera de presentar su apelación.

Si usa esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite “rápidas” en lugar de “estándares”. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de su fecha de alta prevista para verificar si fue médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si la fecha de alta prevista fue médicamente adecuada para usted. Verificamos si la decisión sobre el momento en que debía abandonar el hospital fue justa y cumplió todas las normas.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo en que usted todavía necesita permanecer en el hospital después de la fecha de su alta hospitalaria. Seguiremos brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** significa que decidimos que su fecha de alta prevista era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría su cobertura.

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

- Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta prevista, **es posible que tenga que pagar todos los costos** de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta prevista.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso irá automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativo*

Términos legales
El nombre formal de la “organización revisora independiente” es “ Entidad revisora independiente ”. A veces se denomina “ IRE ”.

La organización revisora independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la organización revisora independiente.

- Tenemos que enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización revisora independiente dentro de las 24 horas del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos esta fecha límite, u otras, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).

Paso 2: la organización revisora independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de 72 horas.

- Los revisores de la organización revisora independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de su alta prevista. También tenemos que mantener la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados mientras sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones sobre la cobertura, esto puede limitar el monto que reembolsaríamos o el tiempo durante el cual mantendríamos la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta prevista era médicamente adecuada.
- El aviso por escrito que reciba de la organización revisora independiente le dirá cómo comenzar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado.

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

Paso 3: Si la organización revisora independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si aceptará esta decisión o pasará a la apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 **Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto**

Sección 8.1 Esta sección trata solamente sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, en inglés)

Cuando recibe servicios de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios), tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios con cobertura para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es el momento de interrumpir la cobertura de uno de los tres tipos de atención, tenemos que informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Términos legales

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le informa cómo puede solicitar una **“apelación por vía rápida”**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre el momento de interrupción de su atención.

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

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención. El aviso le informa lo siguiente:
 - La fecha en la cual dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una “apelación de vía rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
- 2. Se le pedirá a usted o a una persona que lo represente que firmen el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir su atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá seguir el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Servicios para Asegurados. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, en inglés), una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés) revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención suministrada a personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presentar su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación por vía rápida*. Tiene que actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

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

Actúe de inmediato:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía desea presentar una apelación, nos la debe presentar directamente. Para obtener más detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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

Términos legales
“ Explicación detallada de no cobertura ”. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización revisora también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les haya entregado.
- Al finalizar el día, los revisores nos informan sobre su apelación y usted también recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del día posterior al día en que tienen toda la información que necesitan, los revisores le informan su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir suministrando sus servicios con cobertura mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones sobre sus servicios con cobertura.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha en que le informamos.**

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

- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, o atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, en inglés) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de la atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención médica después de que ha finalizado la cobertura de la atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante la apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, en inglés) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

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

- Tiene que solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechace* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizaba su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

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

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

¿Qué sucede si la organización revisora acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los gastos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

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

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo proseguir al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un Juez de Derecho Administrativo.

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado se ocupan de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó anteriormente, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés) para comenzar su primera apelación (en el plazo de un día o dos como máximo). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si usa esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite “rápidas” en lugar de “estándares”. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre el momento de finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos otra vez toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.

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

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo, y seguiremos prestándole sus servicios con cobertura mientras sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha en que le indicamos, y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, en inglés) *después* de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de la atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

Términos legales
El nombre formal de la “organización revisora independiente” es “ Entidad revisora independiente ”. A veces se denomina “ IRE ”.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativo*

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización revisora independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión debe modificarse.

La organización revisora independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para ocuparse de ser la organización revisora independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente enviamos su caso a la organización revisora independiente.

- Tenemos que enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización revisora independiente dentro de las 24 horas del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos esta fecha límite, u otras, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).

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

Paso 2: La organización revisora independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de 72 horas.

- Los revisores de la organización revisora independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta su apelación***, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que haya recibido desde la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar brindándole cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones sobre la cobertura, esto puede limitar el monto que reembolsaríamos o el tiempo durante el cual mantendríamos la cobertura de los servicios.
- **Si esta organización *rechaza su apelación***, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestra póliza sobre su primera apelación y no la modificarán.
- El aviso que reciba de la organización revisora independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización revisora independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado revisan la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo seguir con su apelación al Nivel 3 y niveles subsiguientes

<h3>Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos</h3>
--

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, podría proseguir a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menos que el nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta escrita que reciba respecto de su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. A continuación, mostramos quiénes se ocupan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3	Un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado que trabajen para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.
-----------------------------	--

- **Si el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de la decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o el árbitro abogado.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4, con los documentos adjuntos correspondientes. Podemos esperar a la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

- **Si la respuesta es afirmativa o el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de la decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos o no esta decisión y pasar al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, tenemos que autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.**
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, tenemos que autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.
-----------------------------	--

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple con cierto nivel de monto en dólares, puede proseguir a los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba en su apelación de Nivel 2 explicará con quién tiene que comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. A continuación, mostramos quiénes se ocupan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado que trabajen para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobaron el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** posteriores a la recepción de 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, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** posteriores a la recepción de 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, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, tal vez pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, o rechaza su solicitud de revisión de

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

apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5. También le dirá con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Faltas de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está conforme con cómo nuestro Servicios para Asegurados? • ¿Cree que le recomiendan dejar de ser nuestro asegurado?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para concertar citas o espera demasiado para conseguir una? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O lo ha hecho nuestros Servicios para Asegurados u otros miembros del personal del plan?

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

Queja	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperas prolongadas por teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o cuando se surte un medicamento.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o las condiciones de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que le brindamos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es difícil de entender nuestra información escrita?
<p>Puntualidad</p> <p>(Estos tipos de quejas están todos relacionados con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no le respondemos con suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida” y le respondimos que no se la otorgaremos, puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos las fechas límite para darle una decisión de cobertura o de apelación, puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para remitir su caso a la organización revisora independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una “queja” también se denomina una “queja formal”.
- “Presentar una queja” también se denomina “presentar una queja formal”.
- “Uso del proceso para presentar quejas” también se denomina “uso del proceso de presentación de quejas formales”.
- Una “queja rápida” también se denomina “queja formal acelerada”.

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

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

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

- **En general, llamar a Servicios para Asegurados es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Asegurados le informará.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho) puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Si nos envía una queja formal por escrito o si tiene una queja formal sobre la calidad de la atención, le enviaremos por correo una carta de acuse de recibo que confirme los hechos de la inconformidad por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su inconformidad.
- Si necesitamos más tiempo para abordar su queja formal o si usted desea proporcionar información adicional, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales para responder a su queja formal. Si nos tomamos los 14 días adicionales, le enviaremos una carta para informarle que hemos extendido el plazo hasta 14 días.
- **Quejas formales aceleradas:** Puede presentar una queja formal acelerada en forma oral o por escrito si no está de acuerdo con nuestra decisión de no realizar una determinación de organización/cobertura acelerada (autorización) o una redeterminación/reconsideración acelerada (apelación). Puede presentar una queja formal acelerada si no está de acuerdo con la decisión del plan de solicitar una extensión de 14 días. Puede solicitar una queja formal acelerada al comunicarse con Servicios para Asegurados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le brindamos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama a causa de una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es lo más adecuado para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de “decisión rápida de cobertura” o “apelación rápida”, automáticamente le permitiremos una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le **responderemos dentro de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con toda o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema objeto de su queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

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

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se trate sobre la *calidad de la atención*, también tendrá dos opciones adicionales:

- **Podrá presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).

O bien

- **Podrá presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre American Health Advantage of Texas directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante 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.

CAPÍTULO 10

su condición de asegurado en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su condición de asegurado en nuestro plan

La finalización de su condición de asegurado de American Health Advantage of Texas puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Puede abandonar nuestra cobertura porque decidió que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su condición de asegurado.
- También hay algunas situaciones en las que le exigimos que finalice su condición de asegurado. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su condición de asegurado.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando sus costos compartidos hasta que finalice su condición de asegurado.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su condición de asegurado en nuestro plan?

<h3>Sección 2.1 Puede finalizar su condición de asegurado en cualquier momento</h3>

Puede finalizar su condición de asegurado American Health Advantage of Texas en cualquier momento.

- Debido a que vive en un asilo, puede finalizar su condición de asegurado American Health Advantage of Texas en cualquier momento.
- Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir uno de los siguientes tipos:
 - 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 optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos recetados por un plazo de 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Su **condición de asegurado finalizará en general** el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

CAPÍTULO 10 Finalización de su condición de asegurado en el plan**Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su condición de asegurado?**

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su condición de asegurado, puede:

- Llame a Servicios para Asegurados
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted2023*.
- Comuníquese 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 puede finalizar su condición de asegurado en nuestro plan?

La tabla a continuación explica cómo debe finalizar esta cobertura.

Si desea cambiarse de nuestra cobertura a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • otra cobertura médica de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en la nueva cobertura médica de Medicare. • Su cobertura de American Health Advantage of Texas quedará automáticamente cancelada cuando comience la cobertura nueva del plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en la nueva cobertura de medicamentos recetados de Medicare. • Su cobertura de American Health Advantage of Texas quedará automáticamente cancelada cuando comience la cobertura nueva del plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para Asegurados si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto. • También puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción de American Health Advantage of Texas quedará cancelada

CAPÍTULO 10 Finalización de su condición de asegurado en el plan

Si desea cambiarse de nuestra cobertura a:	Esto es lo que debe hacer:
	cuando comience la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta la finalización de su condición de asegurado, tiene que seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta la finalización de su condición de asegurado y el comienzo de su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- Continúe utilizando los prestadores de servicios médicos de nuestra red para recibir atención médica.
- Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o pedido por correo para surtir sus medicamentos recetados.
- Si, el día en que finaliza su condición de asegurado, se encuentra internado, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta el alta (incluso si le dan el alta después del inicio de la nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 American Health Advantage of Texas debe finalizar su condición de asegurado en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo tenemos que finalizar su condición de asegurado en el plan?

American Health Advantage of Texas debe finalizar su condición de asegurado en el plan si se dan cualquiera de las siguientes situaciones:

- si ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare;
- si se muda fuera de nuestra área de servicio;
- Si se muda fuera del área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicios para Asegurados para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra en el área de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión);
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra de manera legal en los Estados Unidos;
- Si miente u omite información sobre otro seguro en el que esté inscrito y que brinde cobertura de medicamentos recetados;

CAPÍTULO 10 Finalización de su condición de asegurado en el plan

- Si nos brinda intencionalmente 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 primero permiso de Medicare).
- Si continuamente tiene una conducta perturbadora, lo que dificulta que podamos brindarle atención médica a usted y a otros de los asegurados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de asegurado para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
 - Si finalizamos su condición de asegurado por este motivo, Medicare puede ordenar que el inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante .
 - Debemos notificarle por escrito que tiene para pagar la prima del plan antes de finalizar su condición de asegurado.
- Si debe pagar la suma adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su cobertura y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede encontrar más información?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su condición de asegurado, llame a Servicios para Asegurados.

Sección 5.2	No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, a menos que ya no tenga una afección médica requerida para inscribirse en American Health Advantage of Texas
--------------------	---

American Health Advantage of Texas no tiene permitido obligarlo a abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con la salud.

¿Qué debo hacer si sucede esto?

Si cree que lo obligan a 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 finalizamos su condición de asegurado en el plan
--------------------	--

Si finalizamos su cobertura, debemos informarle por escrito las razones por las que terminamos su cobertura. También tenemos que explicar cómo puede presentar una inconformidad o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su cobertura.

CAPÍTULO 11

CAPÍTULO 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y la normativa creada conforme a la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS, en inglés. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el cual reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivo de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, antecedentes médicos, información genética, prueba de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionen coberturas Medicare Advantage, como nuestra aseguradora, tienen que obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las otras leyes aplicables a organizaciones que reciban fondos federales, y otras leyes y normas aplicables por cualquier otro motivo.

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

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicios para Asegurados. Si tiene una queja, como por ejemplo un problema para acceder a una silla de ruedas, Servicios para Asegurados puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Conforme a la normativa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) en los artículos 422.108 y 423.462 del título 42 Código de Reglamentos Federales (CFR, en inglés), American Health Advantage of Texas, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a la normativa de los CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 del título 42 del CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

de palabras importantes

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes

SECCIÓN 1 Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía para pacientes ambulatorios: un centro de cirugía para pacientes ambulatorios es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria para pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía se espera que no exceda las 24 horas.

Período de inscripción anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, en el cual los asegurados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o pasar a Original Medicare.

Apelación: es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo de solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o bien pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que recibe.

Facturación de saldo: situación en la que un prestador de servicios médicos (como un médico u hospital) le cobra al paciente más que la cantidad de costo compartido del plan. Como asegurado de American Health Advantage of Texas, solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando reciba sus servicios con cobertura. No permitimos que los prestadores de servicios médicos “facturen con saldo” o que le cobren de otro modo un monto de costos compartidos superior al que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: La forma que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios en un centro de enfermería especializada y en un hospital. Un período de beneficios empieza el día en que usted es internado en un hospital o en un centro de cuidados médicos especializados. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un centro de enfermería especializada luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de paciente hospitalizado para cada período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros laboratorios farmacéuticos, y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Etapa de cobertura para casos catastróficos: la etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D donde paga un copago o coseguro por sus medicamentos después de que usted, u otra parte elegible en su nombre, hayan gastado \$7,400 en medicamentos con cobertura durante el año cubierto.

Centros de Servicio a los Programas de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan para necesidades especiales de atención crónica (C-SNP, en inglés): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción de personas con necesidades especiales que presentan afecciones

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes

crónicas graves o incapacitantes específicas, según se define en el párrafo 422.2, título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés). Un C-SNP debe tener atributos específicos que vayan más allá de la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere de todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de comercialización e inscripción proporcionadas a los C-SNP.

Coseguro: monto que tal vez deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

Queja: el nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja formal”. El proceso de quejas se usa *solamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos del proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, en inglés): un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, lo que incluye fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología de habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: monto que tal vez deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere al monto que debe pagar el asegurado cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) monto de deducible que pueda exigir un plan antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) todo monto fijo de “copago” que un plan exija cuando recibe un servicio o medicamento específico; o (3) todo monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si hubiera, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le dice que, según su plan, el medicamento recetado no tiene cobertura, esa no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribirle a su plan y pedirle una decisión formal de cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”.

Medicamentos con cobertura: término que usamos para todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios con cobertura: término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes

de cobertura cuando son elegibles para Medicare pueden, en general, conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden solicitar cobertura más tarde en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: la atención de custodia es atención personal suministrada en un asilo, centro para pacientes terminales u otro centro donde usted no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia la pueden brindar personas sin capacitación o habilidades profesionales, incluye ayuda para las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, sentarse, pararse, acostarse, levantarse de la cama, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de la gente hace sola, como colocarse gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tasa diaria de costos compartidos: una “tasa diaria de costos compartidos” puede aplicarse cuando su médico le recete un suministro correspondiente a menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por la cantidad de días del suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes del medicamento es de \$30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, su “tasa diaria de costos compartidos” es de \$1 por día.

Deducible: monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que pague nuestro plan.

Cancelar la inscripción o Cancelación de la inscripción: el proceso para finalizar su condición de asegurado en nuestro plan.

Tarifa de despacho: tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento con cobertura para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Planes de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, en inglés): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a acceder a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME, en inglés): ciertos equipos médicos que ordena su médico por motivos médicos. Ejemplos de estos artículos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un prestador de servicios médicos para su uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad, de la función de una extremidad, la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes

Atención médica de emergencia: se refiere a los servicios con cobertura: 1) suministrados por un prestador de servicios médicos calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para el tratamiento, la evaluación o la estabilización de un problema de salud de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como asegurado de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no aparece en nuestra Lista de medicamentos (una excepción de la Lista de medicamentos) o recibir un medicamento no preferido a un nivel inferior de costos compartidos (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que usted solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (excepción de la Lista de medicamentos).

Beneficio Adicional: programa estatal o de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) y tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento “genérico” funciona igual que el de marca y, habitualmente, cuesta menos.

Queja formal: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, prestadores de servicios médicos o farmacias, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención. No implica controversias de cobertura o pago.

Asistencia médica en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan de las habilidades de un terapeuta o personal de enfermería matriculado, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios indicados).

Centro para pacientes terminales: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un asegurado que recibió la certificación médica de enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de centros para pacientes terminales en su área geográfica. Si elige atenderse en un centro para pacientes terminales y sigue pagando primas, sigue siendo nuestro asegurado. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios y también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estancia como paciente hospitalizado: hospitalización en la cual se le admite formalmente en el hospital para brindarle servicios médicos especializados. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se le puede considerar “paciente ambulatorio”.

Monto del ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA, en inglés): si su ingreso bruto ajustado modificado como se informa en su declaración anual de ingresos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) de hace 2 años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos, también

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes

conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, así que la mayoría no paga una prima mayor.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura conforme a la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa anterior al a los costos totales de medicamentos, incluidos los montos que usted haya pagado y lo que su plan haya pagado en su nombre para el año hayan alcanzado \$4,660.

Período de inscripción inicial: cuando cumple los requisitos para participar en Medicare por primera vez, el período en el cual usted puede inscribirse para la Parte A y B de Medicare. Si cumple los requisitos para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan para necesidades especiales institucional (I-SNP, en inglés): un plan en el que se inscriben personas elegibles que residen de forma continua o esperan residir durante 90 días o más, en un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada, un centro de enfermería (NF, en inglés), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID, en inglés), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que prestan servicios de atención médica similares a largo plazo que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Una SNP institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros específicos de atención médica a largo plazo (o ser propietario de estos y operarlos).

SNP institucional equivalente: un plan en el que se inscriben personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel institucional de atención según una evaluación del Estado. La evaluación se debe realizar con el mismo recurso de evaluación del nivel de atención del Estado respectivo por medio de una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que residan en un centro de servicios de vida asistida (ALF, en inglés) contratado, si es necesario, para garantizar un suministro uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos con cobertura (Vademécum o “Lista de medicamentos”): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, en inglés): consulte “Beneficio Adicional”.

Gastos máximos de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B que forman parte de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por los medicamentos recetados no se contemplan para el gasto máximo de bolsillo. Además del gasto máximo de bolsillo para los servicios médicos con cobertura de la Parte A y la Parte B, también tenemos un gasto máximo de bolsillo para ciertos tipos de servicios.

Medicaid (o Asistencia Médica): es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda asistencia para pagar los costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes

limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica tienen cobertura si usted cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertos libros de consulta.

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

Medicare: programa federal de seguro médico destinado a personas mayores de 65 años, determinadas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (en general, con insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período fijo del 1.º de enero al 31 de marzo en el cual los asegurados en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y pasar a otra cobertura Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a otro plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Cobertura Medicare Advantage (MA): a veces se denomina Parte C de Medicare. Es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés), ii) una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, en inglés), iii) un plan privado de pago por servicios (PFFS, en inglés) o iv) una cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare (MSA, en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Programa de descuentos durante el lapso sin cobertura de Medicare: programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los asegurados en la Parte D que hayan llegado a la etapa de lapso sin cobertura y que aún no estén recibiendo el “Beneficio Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos 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 Parte B de Medicare. El término “Servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como de la visión, dentales o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y de la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes

Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los Programas de Demostración/Programas Piloto y los Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, en inglés).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro para ayudar a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguro privadas para cubrir las “interrupciones” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Asegurado (Asegurado de nuestro plan o “Asegurado del plan”): una persona que cuenta con Medicare y es elegible para recibir servicios con cobertura, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicio a los Programas de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Asegurados: un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre condición de asegurado, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los asegurados pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si son surtidos en las farmacias de nuestra red.

Prestador de servicios médicos de la red: “profesional médico” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales, y otros centros de salud con licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica. Los “prestadores de servicios médicos de la red” tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar además de proporcionar servicios con cobertura a los asegurados de nuestro plan. Los prestadores de servicios médicos de la red también se denominan “prestadores de servicios médicos del plan”.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si están cubiertos los artículos o los servicios, o bien sobre el monto que usted debe pagar por los servicios o artículos cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por servicios”): el gobierno ofrece Original Medicare, no un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y otros prestador de servicios médicos, de montos establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro prestador de servicios médicos que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (Seguro hospitalario) y la Parte B (Seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos con cobertura a los asegurados de nuestro plan. La mayoría de los

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes

medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Prestador de servicios médicos o centro fuera de la red: un prestador de servicios médicos o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los asegurados de nuestro plan. Los prestadores de servicios médicos fuera de la red son aquellos que no son empleados del plan, el plan no es su propietario ni los opera.

Costos de bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” anterior. El requisito de costos compartidos de un asegurado de pagar una parte de los servicios o los medicamentos recibidos también se denomina requisito de “costos de bolsillo” del asegurado.

Parte C: consulte el “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados voluntario de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos en virtud de la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (cobertura que debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que es elegible por primera vez para afiliarse a un plan de la Parte D.

Plan de la Organización de Profesionales Preferidos (PPO): un plan PPO es un plan Medicare Advantage con una red de prestadores de servicios médicos contratados que aceptaron atender a asegurados del plan a cambio del pago de un monto específico. Un plan PPO tiene que cubrir todos los beneficios del plan, ya sea si se reciben de prestadores de servicios médicos de la red o fuera de ella. Los costos compartidos del asegurado, generalmente, serán mayores cuando los beneficios del plan se reciban de prestadores de servicios médicos fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos de bolsillo por los servicios recibidos de prestadores de servicios médicos de la red (preferidos) y un límite mayor sobre los costos de bolsillo totales combinados por los servicios de prestadores de servicios médicos de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

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

Médico prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés): el médico u otro prestador de servicios médicos a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su prestador principal de servicios médicos antes de consultar a cualquier otro prestador de servicios médicos.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos. Los servicios con cobertura que necesitan autorización previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos con cobertura que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos.

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: recurso administrativo diseñado para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

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

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para afiliarse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales a los que puede acudir, también es en general el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en Centros de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados en forma continua, diaria, en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o un personal de enfermería registrado.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido cuando los asegurados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe el “Beneficio Adicional” para pagar costos de medicamentos recetados, si se muda a un asilo o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para necesidades especiales: tipo de plan especial de Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes están inscritos en Medicare y Medicaid, quienes residen en un asilo, o quienes padecen ciertos problemas de salud crónicos.

Terapia escalonada: recurso de uso que le exige que pruebe primero otro medicamento para tratar su problema de salud antes de que podamos cubrir el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Ingreso de seguridad complementario (SSI, en inglés): beneficio mensual que les paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, que tengan una discapacidad, sean ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios de urgencia: servicios con cobertura que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los prestadores de servicios médicos de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el asegurado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

American Health Advantage of Texas Servicios para Asegurados

Método	Servicios para Asegurados: información de contacto
TELÉFONO	<p>1-855-521-0628</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre</p> <p>Servicios para Asegurados también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-833-312-0046</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre</p>
FAX	1-833-434-0553
CORREO	American Health Advantage of Texas 201 Jordan Rd, Ste 200 Franklin, TN 37067
SITIO WEB	TX.AmHealthPlans.com

Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP, en inglés) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros de gastos médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	1-800-252-9240
CORREO	Texas Health and Human Services PO Box 13247 Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de Divulgación de PRA Conforme a la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que la solicitud de recopilación tenga un número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Número gratuito: 1-855-521-0628 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-833-312-0046)

Horas: De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre