Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos recetados como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)

Este folleto le proporciona los detalles acerca de su plan de salud y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019. Le explica cómo obtener la cobertura de los servicios médicos y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, CHRISTUS Health Plan Generations Plus es ofrecido por CHRISTUS Health Plan. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros" o "nuestro", significa CHRISTUS Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa CHRISTUS Health Plan Generations Plus).

CHRISTUS Health Plan Generations es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés) con un contrato de Medicare. La inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible gratis en español.

Si desea información adicional, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-282-3026. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, los horarios son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para personas que no hablan inglés (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Usted puede obtener gratis este documento en otros formatos como letra grande, braille y/o audio. Llame al 1-844-282-3026, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, los horarios son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes.
(Los usuarios de TTY deben llamar al 711). La llamada es gratuita.

Los beneficios, la prima y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2020.

El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

H1189_MC778_C Aprobado 10/04/2018

Evidencia de Cobertura 2019:

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página del capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1: Para empezar como miembro 6

Explica lo que significa pertenecer a un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Contiene información sobre los materiales que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía a la Parte D de Medicare, la tarjeta de membresía del plan y sobre cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 25

Contiene información sobre cómo comunicarse con nuestro plan (CHRISTUS Health Plan Generations Plus) y con otras organizaciones, incluyendo Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, en inglés), la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO, en inglés), el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas de bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados y la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos 45

Explica cuestiones importantes que debe conocer sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).....62

Proporciona detalles sobre los tipos de atención médica que están cubiertos y los que *no* están cubiertos para los miembros de nuestro plan. Explica cuánto pagará como parte del costo por su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 103

Explica las reglas que debe seguir para obtener los medicamentos de la Parte D. Le dice cómo usar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* para conocer cuáles son los medicamentos cubiertos. Contiene información sobre los medicamentos que *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica

dónde se pueden surtir las recetas. Contiene información sobre los programas del plan para la seguridad y administración de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D.130

Contiene información sobre las 4 etapas de la cobertura de medicamentos (Etapa de Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Intervalo de Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica) y sobre cómo estas etapas afectan lo que debe pagar por los medicamentos. Explica los 4 niveles de costo compartido para los medicamentos de la Parte D y contiene información sobre lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos150

Explica cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde por sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 158

Explica sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Indica lo que puede hacer si piensa que no se respetan sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 170

Contiene información paso a paso sobre lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para recibir atención médica o los medicamentos recetados que considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye cómo solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales que se aplican a la cobertura de los medicamentos recetados, y cómo solicitarnos que continuemos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura está terminando antes de tiempo.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el Servicio al Cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo poner fin a su membresía en el plan 232

Explica cuándo y cómo usted puede terminar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe darle de baja del plan.

Capítulo 11. Avisos legales 242

Incluye avisos sobre la ley vigente y la no discriminación,

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 245

Explica términos claves utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Para empezar como miembro

Capítulo 1: Para empezar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción ... 8
Sección 1.1 Usted está inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations Plus, que es un plan Medicare HMO ... 8
Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto de *Evidencia de Cobertura*? ... 8
Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de Cobertura* ... 8

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan? ... 9
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad ... 9
Sección 2.2 ¿Qué son las Partes A y B de Medicare? ... 9
Sección 2.3 La siguiente es el área de servicio de CHRISTUS Health Plan Generations Plus ... 10
Sección 2.4 Ciudadano de los Estados Unidos o presencia legal ... 10

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros? ... 10
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan – utilícela para obtener todos los servicios médicos y los medicamentos recetados cubiertos ... 10
Sección 3.2 El *Directorio de Proveedores y Farmacias*: Su guía de todos los proveedores y farmacias de la red del plan ... 11
Sección 3.3 Lista de Medicamentos Cubiertos (*Formulario*) del plan ... 12
Sección 3.4 La *Explicación de los Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos efectuados para sus medicamentos recetados de la Parte D ... 13

SECCIÓN 4 Su prima mensual para CHRISTUS Health Plan Generations Plus ... 13
Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar por la prima del plan? ... 13

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” para la Parte D? ... 14
Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? ... 14
Sección 5.2 ¿Cuál es el costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D? ... 15
Sección 5.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa ... 16
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D? ... 16

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos? ... 17

Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos? ... 17

Sección 6.2 ¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D? ... 17

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional de la Parte D? ... 18

Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga la cantidad adicional de la Parte D? ... 18

SECCIÓN 7 Más información acerca de su prima mensual ... 18

Sección 7.1 Existen varias maneras en las que puede pagar su prima del plan ... 19

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? ... 20

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan ... 21

Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que contamos con información exacta sobre usted ... 21

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal ... 22

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida ... 22

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan ... 22

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? ... 22

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations Plus, que es un plan Medicare HMO

Usted está cubierto por Medicare y eligió recibir los servicios médicos y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, CHRISTUS Health Plan Generations Plus.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. CHRISTUS Health Plan Generations Plus es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO son las siglas en inglés de Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y gestionado por una empresa privada.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto de *Evidencia de Cobertura*?

Este folleto de *Evidencia de Cobertura* le informa cómo recibir la atención médica y los medicamentos recetados cubiertos por Medicare a través de nuestro plan. También le explica sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre y lo que usted paga como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y a los servicios médicos y a los medicamentos recetados que tendrá disponibles como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus.

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios tiene disponibles. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este folleto de E*videncia de Cobertura.*

Si está confundido o preocupado o si solo tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de Cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted y explica cómo CHRISTUS Health Plan Generations Plus cubre sus servicios médicos. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario*) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas.”

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations Plus entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CHRISTUS Health Plan Generations Plus después del 31 diciembre de 2019. También podemos dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31de diciembre de 2019.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan CHRISTUS Health Plan Generations Plus cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si:

- Usted tiene las Partes A y B de Medicare (la sección 2.2 explica acerca de las Partes A y B de Medicare)
- --*y*-- vive en nuestra área geográfica de servicio (en la sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio);
- -- *y* -- usted es un ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente en los

  Estados Unidos;
- -- *y* -- no padece Enfermedad Renal Terminal (ESRD), con excepciones limitadas, como si desarrollara ESRD siendo ya miembro de un plan que ofrecemos o fue miembro de un plan diferente que fue cancelado.

Sección 2.2 ¿Qué son las Partes A y B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez para Medicare, usted recibió información sobre qué servicios están cubiertos en la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de atención médica y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) y suministros).

Sección 2.3 La siguiente es el área de servicio de CHRISTUS Health Plan Generations Plus

Si bien Medicare es un programa federal, CHRISTUS Health Plan Generations Plus se encuentra disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en esta área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio es la parte norte central de New Mexico e incluye los condados de: Los Alamos, Rio Arriba, San Miguel y Santa Fe.

Si usted planea mudarse fuera del área de servicios llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, usted tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

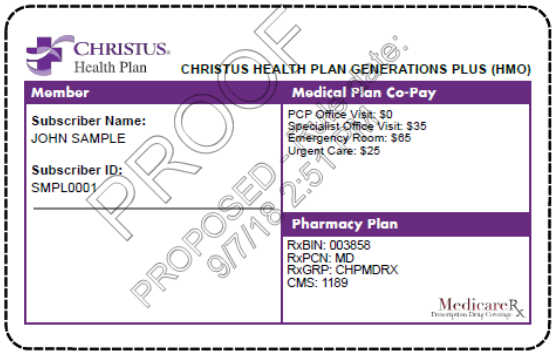
Sección 2.4 Ciudadano de los Estados Unidos o presencia legal

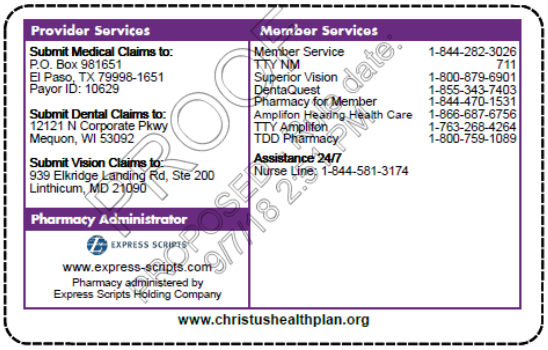
Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificarán a CHRISTUS Health Plan Generations Plus si no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. CHRISTUS Health Plan Generations Plus debe anular su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan – utilícela para obtener todos los servicios médicos y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba cualquier servicio cubierto por el plan y para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. También debe mostrar a su proveedor su tarjeta de Medicaid, si aplica. La siguiente es una muestra de la tarjeta de membresía que ilustra cómo será la suya:





Mientras sea miembro de nuestro Plan **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para recibir los servicios médicos cubiertos (a excepción de estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de cuidados paliativos). Si usted necesita servicios hospitalarios, es posible que le pidan su tarjeta nueva de Medicare. Guarde su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite posteriormente.

A continuación, se explica por qué es tan importante: Si recibe los servicios cubiertos con la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de CHRISTUS Health Plan Generations Plus mientras sea miembro del plan, es posible que deba pagar el costo completo.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se perdió o se la robaron, llame inmediatamente a Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 El *Directorio de Proveedores y Farmacias*: Su guía de todos los proveedores y farmacias de la red del plan

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* incluye a todos los proveedores, farmacias y distribuidores de equipo médico duradero que forman parte de nuestra red.

¿Qué son las “proveedores y farmacias de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier distribución de costos del plan como pago en su totalidad. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más actualizada de proveedores, farmacias y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Por favor consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del 2019 para averiguar cuáles son las farmacias de nuestra red.

¿Por qué necesita saber qué proveedores y farmacias forman parte de nuestra red?

Es importante conocer cuáles son los proveedores y farmacias que forman parte de nuestra red ya que, con excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan, usted debe consultar a proveedores de la red para obtener sus servicios y atención médica. Usted también debe surtir sus recetas en una farmacia de la red si desea que nuestro plan cubra (ayude a pagar) sus medicamentos. Las únicas excepciones son las emergencias, servicios de atención urgente cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área, y los casos en que CHRISTUS Health Plan Generations Plus autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre cobertura de emergencias, fuera de la red y fuera del área de cobertura.

Puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar los proveedores y las farmacias de la red que desea utilizar. Habrá cambios a nuestra red de proveedores y farmacias el próximo año. **Le sugerimos enfáticamente que revise su actual Directorio de Proveedores y Farmacias para saber si sus proveedores y/o farmacias todavía forman parte de nuestra red.** Puede solicitar más información acerca de los proveedores de la red a Servicio al Cliente, incluyendo sus credenciales e información actualizada acerca de los cambios en la red de farmacias.

Si usted no tiene el Directorio de Proveedores y Farmacias, puede solicitar una copia a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

Sección 3.3 Lista de Medicamentos Cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan cuenta con una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario*). Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”. Ofrece información sobre los medicamentos recetados de la Parte D que se encuentran cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations Plus. Los medicamentos de esta lista están seleccionados por el plan 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 de CHRISTUS Health Plan Generations Plus.

La Lista de Medicamentos también le informa si existen algunas reglas que limitan la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos en ejemplar de la Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos que le proporcionamos incluye información de los medicamentos cubiertos más comúnmente usados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos impresa. Si uno de sus medicamentos no está enumerado en la Lista de Medicamentos, usted debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente para saber si lo cubrimos.

Para obtener la información más completa y actual acerca de los medicamentos que cubrimos, usted puede visitar el sitio web del plan en (www.christushealthplan.org). O llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Sección 3.4 La *Explicación de los Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos efectuados para sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le indica la cantidad total que usted u otras personas gastaron por usted en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) ofrece más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarlo a mantener un registro de la cobertura de sus medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible a pedido. Si desea que le enviemos una copia, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para CHRISTUS Health Plan Generations Plus

Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar por la prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, debe pagar una prima mensual del plan. Para el 2019, la prima mensual para CHRISTUS Health Plan Generations Plus es $40. Además, debe continuar pagando su prima por la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen la prima de la Parte B por usted).

En algunas situaciones, la prima del plan puede ser menos

Existen programas para ayudar a las personas con bajos recursos a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen el Programa de “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información acerca de estos programas. Si es elegible, la inscripción en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de alguno de estos programas, **es posible que la información acerca de las primas en la presente *Evidencia de Cobertura* no se aplique a**

usted. Hemos incluido la información por separado, llamada "Cláusula de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también conocida como "Subsidio por bajos ingresos (LIS, en inglés)" o cláusula LIS) que le informa sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene esta información, llame a Servicio al Cliente y solicite el "Cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

En algunas situaciones, la prima del plan puede ser más

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser mayor que la cantidad indicada anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la parte D debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o debido a que estuvieron por un período continuo de 63 días o más sin una cobertura "acreditable" de medicamentos recetados. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos recetados pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la parte D se suma a la prima mensual del plan. La cantidad de la prima será la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si usted está obligado a pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin la Parte D o con cobertura acreditable de medicamentos recetados. En la Sección 5 del Capítulo 1, se explica la multa por inscripción tardía a la Parte D.
    - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, podría ser dado de baja del plan.

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "multa por inscripción tardía" para la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Nota: Si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía se suma a la prima mensual de la Parte D. Es posible que deba una multa por inscripción tardía de la Parte D si en cualquier momento después del final de su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en el que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. La "cobertura de medicamentos recetados acreditable" es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía

depende del tiempo que estuvo sin la Parte D o con cobertura acreditable de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa siempre que tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a su prima mensual. Al inscribirse por primera vez en CHRISTUS Health Plan Generations, le informaremos la cantidad de la multa.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima del plan. Si usted no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted puede perder sus beneficios de medicamentos recetados por no pagar la prima de su plan.

Sección 5.2 ¿Cuál es el costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de cumplir con los requisitos para la inscripción. O bien, cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si permanece 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare del país desde el año anterior. Para el 2019, la cantidad promedio de la prima es de $33.19.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por $33.19, que es igual a $4.6466. Esto se redondea a $4.70. Este monto será añadido a l**a prima mensual de las personas que tengan una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Existen tres elementos importantes que debe tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía mensual de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si aumenta la prima promedio nacional (según lo determine Medicare), la multa también aumentará.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo en que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
- Tercero, si usted tiene <u>menos</u> de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía volverá a cero cuando usted cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía se basará solo en los meses que no tenga cobertura después del período inicial de inscripción por envejecimiento en Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa

Aunque haya tardado en inscribirse en un plan que ofrece la cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, en algunas ocasiones no debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

No pagará la multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare la llama "**cobertura válida de medicamentos".** Tenga en cuenta:
  - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anterior, TRICARE o el Departamento de Asuntos para Veteranos (Department of Veterans Affairs). El asegurador o el departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Se le puede enviar esta información en una carta o incluida en un boletín del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
    - Tenga en cuenta: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando finaliza su cobertura de salud, es posible que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era válida. La notificación debe afirmar que usted tenía cobertura "acreditable" de medicamentos recetados que se esperaba que pagara la misma cantidad que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  - Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.
  - Si desea obtener información adicional acerca de la cobertura acreditable, consulte el manual *Medicare y Usted de 2019* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800- -633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de esta decisión acerca de su multa por inscripción tardía. Por lo

general, puede solicitar la revisión **dentro de 60 días** desde la fecha de recepción de la primera carta donde se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si usted estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga la oportunidad de solicitar una revisión de la multa por inscripción tardía. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, mientras espera una revisión de esta decisión acerca de su multa por inscripción tardía. Si deja de pagarla, usted puede ser dado de baja por no pagar las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

La mayoría de las personas paga una prima estándar mensual para la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son de $85,000 o más para una persona (o para personas casadas que reportan impuestos separados), o de $170,000 o más para parejas casadas, debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno para la cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional y cómo deberá pagarla. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Gerencia de Personal, sin importar la manera en que usted generalmente paga su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que deba. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. Esta no se puede pagar con la prima mensual del plan de salud.**

Sección 6.2 ¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?

Si su Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) tal como aparece en su declaración de impuestos del Departamento de Tesorería de los Estados Unidos (IRS, por sus siglas en inglés) supera cierta cantidad, usted deberá pagar una cantidad adicional además de la prima mensual del plan. Para más información acerca de la cantidad adicional que pueda tener que pagar según su ingreso, visite la página https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a sus ingresos, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para saber más cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga la cantidad adicional de la Parte D?

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no al plan de Medicare) para la cobertura de la Parte D de Medicare. Si se le solicita por ley que pague una cantidad adicional y no lo hace, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información acerca de su prima mensual

Muchos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, para reunir los requisitos para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (que no son elegibles para la Parte A de Medicare sin prima) pagarán una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagarán una prima por la Parte B de Medicare. **Debe continuar con el pago de las primas de Medicare para continuar como miembro del plan.**

Algunas personas pagan una cantidad adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales. A esto se le conoce como Montos de Ajuste Mensual Acorde a su Ingreso, conocido también como IRMAA. Si sus ingresos son de $85,000 o más para una persona (o para personas casadas que presentan impuestos separados), o de $170,000 o más para parejas casadas, **debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)**, para su cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Si se le solicita que pague una cantidad adicional y no lo hace, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, y **no su plan de Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional.
- Si desea obtener información adicional acerca de las primas de la Parte D en función del ingreso, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar https://www.medicare.gov o llamar a1-800-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 llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

En la sección “Costos de Medicare 2019” de su copia de *Medicare y Usted 2019,* encontrará información acerca de estas primas de Medicare. Esta sección explica cómo difieren las primas

de las Partes B y D de Medicare para las personas con distintos ingresos. Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* en el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro del mes posterior a la inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted* 2019 del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar por teléfono una copia impresa 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 7.1 Existen varias maneras en las que puede pagar su prima del plan

Existen tres maneras en las que puede pagar su prima del plan. Indíquenos cómo le gustaría pagar llamándonos al número que aparece al reverso de este folleto. Usted puede cambiar su método de pago llamándonos para informarnos de este cambio.

Si decide cambiar la manera en que paga su prima, puede tardar 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 su prima del plan se pague puntualmente.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Le enviaremos una factura cada mes. Los pagos con cheque para CHRISTUS Health Plan deben hacerse para el 1 de cada mes y deben enviarse a:

CHRISTUS Health Plan
Department 1239
P.O. Box 12139
Dallas, Texas 75312-1239

Asegúrese de escribir el cheque a nombre de CHRISTUS Health Plan, y no de CMS o HHS.

Opción 2: Tarjeta de crédito o deducción automática

Para que su pago sea debitado mensualmente a una tarjeta crédito o automáticamente de su cuenta bancaria, llame a Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026 para encontrar información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El departamento de Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.

Opción 3: Se puede deducir la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social.

Se puede deducir la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera. Nos

complacerá ayudarlo a establecer esta opción. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Qué hacer en caso de tener problemas para pagar la prima del plan

La prima de su plan vence y debe estar en nuestra oficina el primer día del mes. Si al 1 de cada mes no hemos recibido el pago de su prima, le enviaremos un aviso en el que se le informa que la membresía de su plan terminará si no recibimos el pago de la prima en dos meses. Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, llame a Servicio al Cliente para ver si podemos remitirlo a programas que lo ayuden con la prima de su plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Si terminamos su membresía por falta de pago de la prima, usted tendrá cobertura bajo Medicare Original.

Si terminamos su membresía del plan por falta de pago de la prima del plan, es posible que no reciba cobertura para la Parte D hasta el año siguiente si usted se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción anual de Medicare, usted puede, ya sea inscribirse en un plan de medicamentos recetados independiente o en un plan que también le proporcione cobertura de medicamentos. (Si no tiene cobertura “acreditable” por más de 63 días consecutivos, es posible que tenga que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D).

Al momento de terminar su membresía, usted aún nos puede deber primas que no haya pagado. Tenemos derecho a exigir el pago de la cantidad de las primas que debe. En el futuro, si usted quiere inscribirse de nuevo en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), usted tendrá que pagar la cantidad que deba antes de inscribirse.

Si piensa que hemos cancelado su membresía por error, usted tiene derecho a presentar una queja para solicitar una reconsideración de esta decisión La Sección 10 del capítulo 9 de este folleto indica cómo presentar una queja. Si usted tuvo una situación de emergencia que estaba fuera de su control y esto provocó la falta de pago de las primas dentro de nuestro período de gracia, usted puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión. Llame al 1-844-282-3026, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Usted debe hacer su solicitud en no menos de 60 días después de la fecha en que terminó su membresía.

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el Programa de "Ayuda Adicional" o si pierde la elegibilidad para dicho programa durante el año. Si un miembro califica para la “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos recetados, el Programa de “Ayuda Adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Y, del mismo modo, un miembro que pierde la elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Para obtener más información acerca del Programa de "Ayuda Adicional", consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que contamos con información exacta sobre usted

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su domicilio y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, como su médico de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan contar con información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de distribución de costos**. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambio en su nombre, domicilio o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (tales como cobertura de su empleador o del empleador de su cónyuge, compensación por accidentes de trabajo o Medicaid)
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad civil, tales como demandas por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un hogar geriátrico
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada (como la persona que brinda cuidados)
- Si participa en un estudio de investigación clínica

Si cambia algo de esta información, llame a Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Lea la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguro que tenga

Medicare requiere que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otros seguros, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, usted no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta o tiene alguna otra cobertura que no está enumerada, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud, tal como lo exigen estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal de su empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El segundo que paga, denominado “pagador secundario”, solo paga si existieran costos sin cubrir por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Las siguientes reglas se aplican para la cobertura del plan de salud grupal de un sindicato o de un empleador:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de salud grupal proviene del empleo de un miembro de su familia, quien pague primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el empleador y si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene una enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si usted es menor de 65 años, discapacitado y usted o su familiar aún trabaja, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 100 empleados.
    - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de volverse elegible para Medicare.

Generalmente, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solamente pagan una vez que Medicare, los planes médicos grupales y/o Medigap hayan pagado.

Si usted cuenta con otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). Es posible que tenga que proporcionar el número de identificación de miembro del plan a las otras compañías de seguro (una vez que haya confirmado la identidad), de manera que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Información de contacto de CHRISTUS Health Plan Generations Plus** (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicio al Cliente del plan) **26**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) **33**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **35**

SECTION 4 **Organización para la Mejora de la Calidad** (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare) **36**

SECCIÓN 5 **El Seguro Social** **37**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa estatal y federal conjunto que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados) **38**

SECCIÓN 7 **Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados** **39**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios** **42**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro médico de un empleador?** **43**

SECCIÓN 1 Información de contacto de CHRISTUS Health Plan Generations Plus (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicio al Cliente del plan)

Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de nuestro plan

Para recibir ayuda con las reclamaciones, facturación o si tiene preguntas acerca de la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan Generations Plus. Será un placer ayudarlo.

Método	Servicio al Cliente – Información de Contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus Dirigido a: Servicio al Cliente 919 Hidden Ridge Drive Irving, Texas 75038
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por los servicios médicos que reciba. Para obtener más información sobre cómo solicitar las decisiones de cobertura, apelaciones o quejas sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de Cobertura para atención médica– Información de Contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Dirigido a: Administración Médica P.O. Box 169001 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación de cobertura acerca de su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones sobre atención médica– Información de Contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus Dirigido a: Apelaciones y Quejas P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguno de nuestros proveedores de la red, incluidas las quejas con respecto a la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre 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
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus Dirigido a: Apelaciones y Quejas P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de CHRISTUS Health Plan Generations Plus directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados bajo los beneficios de la Parte D incluidos en su plan. Para obtener más información sobre cómo presentar una decisión de cobertura relacionada con los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	1-800-935-6103 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-328-9799
ESCRIBA A	Express Scripts Dirigido a: Revisiones de Medicare P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
SITIO WEB	https://www.express-scripts.com/index.html

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de sus 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 sobre cómo presentar una queja relacionada con los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones para los medicamentos recetados de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

Método	Apelaciones para los medicamentos recetados de la Parte D – Información de Contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus Dirigido a: Apelaciones y Quejas P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB	https://www.christushealthplan.org/

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluyendo una queja con respecto a la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas sobres pagos o cobertura. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas acerca de los medicamentos recetados de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

Método	Quejas acerca de los medicamentos recetados de la Parte D – Información de Contacto
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus Dirigido a: Apelaciones y Quejas P.O. Box 169001 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de CHRISTUS Health Plan Generations Plus directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Si desea obtener información adicional sobre las situaciones en las que puede necesitar solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos).*

Tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Si desea obtener información adicional, 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
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual.

Método	Solicitudes de Pago – Información de Contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (Hora local) Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus PO Box 169001 Irving, TX 75016
SITIO WEB	https://www.christushealthplan.org/

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (algunas veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con las organizaciones de Medicare Advantage, entre las cuales estamos nosotros.

Método	Medicare – Información de Contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis.

Método	Medicare – Información de Contacto
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de servicios médicos domiciliarios y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para acceder a Medicare. • **Buscador de Planes de Medicare:** Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un *estimado* de lo que podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga respecto de CHRISTUS Health Plan Generations Plus: • **Presente su queja a Medicare** Puede presentar una queja acerca de CHRISTUS Health Plan Generations Plus directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare. Si usted no tiene una computadora, su biblioteca local o centro de personas mayores le puede ayudar a visitar este sitio web utilizando su computadora. También puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos se encargarán de buscar la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud
(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En New Mexico, el programa SHIP se llama Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo.

El Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo en New Mexico es independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a las personas con Medicare.

Los asesores del Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo de New Mexico pueden ayudarle con sus problemas o preguntas acerca de Medicare Pueden ayudarlo a comprender sus derechos relacionados con Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a resolver problemas acerca de sus facturas de Medicare. Los asesores del Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo de New Mexico también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder sus preguntas acerca del cambio de planes.

Método	Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo de New Mexico
LLAME AL	1-800-432-2080 Las llamadas a este número son gratis. 1-505-476-4799 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.
TTY	1-505-476-4937 Este número requiere un equipo especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo de New Mexico 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505
SITIO WEB	www.nmaging.state.nm.us

SECTION 4 Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare)

Existe una Organización para la Mejora de la Calidad para los beneficiarios de Medicare en cada estado. En New Mexico, la Organización para la Mejora de la Calidad se conoce como KEPRO. KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención médica para las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que recibió.
- Si cree que la cobertura de hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad de New Mexico) – Información de Contacto
LLAME AL	1-844-430-9504 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Los fines de semana y festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 El Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y administrar las inscripciones para Medicare. Son elegibles para Medicare los ciudadanos estadounidenses de 65 años o mayores, las personas con discapacidades y las personas con enfermedad renal terminal que cumplan con determinadas condiciones. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social se encarga del proceso de inscripción en nombre de Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina correspondiente en su localidad.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional para la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a su mayor ingreso. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar una cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si su ingreso se redujo debido a un acontecimiento que le ha cambiado la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social – Información de Contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas transacciones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid
(un programa estatal y federal conjunto que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas de recursos e ingresos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para tener Medicaid.

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y la distribución de costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son idóneas para todos los beneficios de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario Específico de Bajos Ingresos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona Calificada (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- Trabajadores Discapacitados Calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI): Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea más información acerca de Medicaid y sus programas, llame al Departamento de Servicios Humanos de New Mexico.

Método	Departamento de Servicios Humanos de New Mexico – Información de Contacto
LLAME AL	1-888-997-2583 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local
TTY	1-888-997-2583 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Departamento de Servicios Humanos de New Mexico P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87505
SITIO WEB	www.insurenewmexico.state.nm.us

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

Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare

Medicare proporciona a las personas con ingresos y recursos limitados una "Ayuda Adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda o su automóvil. Si es elegible, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de medicamentos recetados. Esta "Ayuda adicional" también se tendrá en cuenta para los gastos de bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden ser elegibles para recibir la "Ayuda Adicional". Algunas personas son elegibles automáticamente para la "Ayuda Adicional" y no necesitan solicitarla. Medicare les enviará una carta de notificación a las personas que califican automáticamente para la "Ayuda Adicional".

Puede recibir "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si califica para obtener la "Ayuda adicional", llame a:

- 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;
- Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- Su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que califica para recibir "Ayuda adicional" y, por lo tanto, cree que está pagando una cantidad incorrecta de distribución de costos cuando obtiene medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permitirá solicitar ayuda para obtener evidencia de su nivel de copago correcto o, si ya tiene esta evidencia, para proporcionárnosla.

- Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga la próxima receta médica en la farmacia. Si pagó de más por su copago, le reembolsaremos la cantidad correspondiente. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó de más, o bien deduciremos copagos futuros. Si la farmacia no recibió su copago y lo registró como una deuda a su nombre, le pagaremos directamente a la farmacia. Si el estado realizó el pago en su nombre, le pagaremos directamente al estado. Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Programa de Descuentos de Medicare durante la Etapa de Intervalo de Cobertura

El Programa de descuentos de Medicare durante la Etapa de Intervalo de Cobertura proporciona descuentos en medicamentos de marca —a través de los fabricantes— para los miembros inscritos en la Parte D que hayan llegado a la Etapa de Intervalo de Cobertura y que aún no reciban "Ayuda Adicional". Para los medicamentos de marca, el descuento de 70% proporcionado por los fabricantes, excluye cualquier tarifa de suministro por los costos en la Etapa de Intervalo de Cobertura. Por los medicamentos de marca, los miembros pagan el 25% del precio negociado más una porción de la tarifa de dispensación.

Si usted llega al período sin cobertura, automáticamente aplicaremos el descuento cuando la farmacia le facture su receta, y la Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará los descuentos proporcionados. La cantidad que usted paga y la cantidad descontada por el fabricante se tienen en cuenta para sus gastos de bolsillo como si usted las hubiera pagado y lo ayudan a pasar la Etapa de Intervalo de Cobertura. La cantidad que paga el plan (5%) no cuenta para sus gastos de bolsillo.

También recibirá alguna cobertura de medicamentos genéricos. Si llega a la Etapa de Intervalo de Cobertura, el plan paga el 63% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 37% restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (63%) no cuenta para los gastos de bolsillo. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y lo ayuda a pasar la Etapa de Intervalo de Cobertura. Además, la tarifa de suministro está incluida como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta acerca de la disponibilidad de los descuentos para medicamentos que esté tomando o acerca del Programa de descuentos de Medicare durante la Etapa de Intervalo de Cobertura en general, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa que proporcione cobertura para los medicamentos de la Parte D (aparte de "Ayuda Adicional"), seguirá obteniendo el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de medicamentos de marca durante el período del vacío de cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de la cobertura de SPAP u otra cobertura.

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a los individuos elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están

cubiertos por el programa ADAP califican para asistencia con la distribución de costos. El Programa estatal de ayuda farmacéutica de New Mexico se llama Programa de Tarjeta de Medicamentos. Nota: Las personas elegibles para ADAP deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de que residen en el estado y su estatus del VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estatus de estar sin seguro/con seguro insuficiente.

Si usted está inscrito en un programa ADAP, este puede continuar proporcionándole asistencia de costo compartido para recetas de la Parte D de Medicare para medicamentos que estén incluidos en el formulario ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, por favor notifique a su trabajador de matrícula de su ADAP de cualquier cambio en el nombre del plan de la Parte D de Medicare o en el número de póliza. Para más información llame al Programa de Tarjeta de Medicamentos de New Mexico al 1-800-726-4232.

Para información sobre el criterio de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el Programa de Tarjeta de Medicamentos, llame al 1-800-726-4232

¿Qué sucede si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si usted recibe "Ayuda Adicional", ya posee cobertura para los costos de los medicamentos recetados durante la Etapa de Intervalo de Cobertura.

¿Qué sucede si no tiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no ha obtenido un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debería revisar el próximo aviso de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en la *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que los registros de sus medicamentos recetados sean correctos y estén actualizados. Si no acordamos que se le debe un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación a través del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o bien 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.

Programas estatales de ayuda farmacéutica

Muchos estados disponen de Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a que algunas personas paguen los medicamentos recetados, sobre la base de la necesidad financiera, edad o afección médica. Cada estado tiene reglas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

El Programa estatal de ayuda farmacéutica de New Mexico se llama Programa de Tarjeta de Medicamentos.

Método	Programa de Tarjeta de Medicamentos de New Mexico – Información de Contacto
LLAME AL	877-321-6755 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local
SITIO WEB	www.nmdrugcard.com

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios

La Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios nacionales y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si es beneficiario de Medicare a través de la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios, es importante que les informe su se muda o cambia su dirección de correo postal.

Método	Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios – Información de Contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. Si tiene un teléfono de marcación por tonos, los servicios automatizados y la información grabada están disponibles las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratis.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, usted puede llamar al administrador de beneficios del sindicato/empleador o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por su período de inscripción, primas o beneficios médicos de jubilado o empleador (o de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas a su cobertura de Medicare bajo este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

Capítulo 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir su atención médica como miembro de nuestro plan 47

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?..... 47

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan 47

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica 49

Sección 2.1 Debe elegir un médico de atención primaria (PCP) para que le proporcione atención médica y la supervise..... 49

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener aprobación previa de su PCP?..... 50

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red 51

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red 52

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos en caso de una emergencia o atención médica urgente o durante un desastre..... 53

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 53

Sección 3.2 Cómo recibir atención médica en caso de tener una necesidad urgente de atención médica..... 54

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre..... 55

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 55

Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 55

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total..... 56

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando se encuentra en un "estudio de investigación clínica"? 56

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?..... 56

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga y qué es lo que se paga? 57

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa no médica para servicios de salud" 59

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud? 59

Sección 6.2 ¿Qué atención brindada por una institución religiosa no médica para servicios de salud está cubierta por nuestro plan? 59

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición de equipo médico duradero 60

Sección 7.1 ¿Será dueño del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan? 60

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber para utilizar su plan, a fin de recibir cobertura por su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que necesita seguir para obtener los tratamientos y servicios y otros cuidados cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre los servicios médicos cubiertos por nuestro plan y la cantidad que debe pagar cuando recibe tales servicios, utilice el Cuadro de Beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?

Las siguientes son algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtiene la atención médica y los servicios cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los “**proveedores**” son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para proporcionar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad que usted paga de costo compartido como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Por lo general, los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Normalmente, cuando consulta a un proveedor de la red debe pagar solo la parte del costo que le corresponde por los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención de la salud, los suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Consulte el Cuadro de Beneficios del Capítulo 4 para conocer los servicios cubiertos de atención médica.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, CHRISTUS Health Plan Generations Plus debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir con las reglas de cobertura de Medicare Original.

Por lo general, CHRISTUS Health Plan Generations Plus cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros y medicamentos que reciba deben ser necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su problema médico y deben cumplir con los estándares aceptados de prácticas médicas.
- **Recibe atención y supervisión de un médico de atención primaria (PCP, en inglés) de la red.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de las situaciones, nuestro plan debe dar su aprobación previa antes de que usted use otros proveedores de la red del plan, como por ejemplo especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le llama “referido.” Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - Los referidos de su PCP no son necesarios para recibir atención de emergencia o atención de urgencia. Además, existen otras clases de atención que puede recibir sin necesitar la aprobación previa de su médico de atención primaria o PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir la atención médica de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación le presentamos tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o la atención de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para saber el significado de atención de emergencia o atención de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita atención médica que Medicare requiere que sea cubierta por nuestro plan y los proveedores de la red no pueden proporcionar esa atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiera obtenido atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un médico de atención primaria (PCP) para que le proporcione atención médica y la supervise

¿Qué es un médico de atención primaria o PCP y qué hace por usted?

Al inscribirse a CHRISTUS Health Plan Generations Plus, la primera y más importante decisión que debe tomar es elegir un médico de atención primaria (PCP). Un PCP es un médico, enfermera especializada o cualquier otro profesional del cuidado de la salud que está capacitado para brindarle atención médica básica. Su PCP le brindará la atención de rutina o básica.

Si elige un PCP que no ha consultado antes, le sugerimos que:

- Llame al consultorio de su PCP lo más pronto posible y le diga al personal que usted es miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus.
- Haga una cita con su PCP para conocerlo(a) y que empiece a manejar sus necesidades médicas. No espere hasta que esté enfermo para programar esta cita. Usted debe conocer a su médico lo más pronto posible.
- Pida a su médico anterior que le envíe su historial médico a su nuevo PCP. Su PCP tiene la responsabilidad de proporcionarle la mayor parte de su atención médica y le ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos como miembro de su plan.

La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar con otros profesionales médicos y proveedores del plan acerca de su atención médica y su evolución. Si hay algún hospital de la red en particular que desea utilizar, verifique primero para asegurarse de que su PCP utiliza dicho hospital.

Algunos servicios que usted recibe pueden requerir que usted o su PCP obtengan autorización previa del plan. Consulte el Cuadro de Beneficios para obtener información de los servicios que requieren autorización previa o comuníquese con Servicio al Cliente 1-844-282-3026.

¿Cómo elige a su PCP?

Como miembro del plan CHRISTUS Health Plan Generations Plus, usted elige su PCP al momento de inscribirse en nuestro plan. El PCP que usted seleccione será su médico personal, quien llegará a conocerlo y a manejar todas sus necesidades médicas. Asimismo, será responsable de coordinar toda su atención, excepto en una situación de emergencia o de atención médica urgente.

Le recomendamos elegir un PCP cerca de su hogar. Al estar ubicado cerca de su PCP, será más fácil recibir su atención médica y desarrollar una relación abierta y de confianza con él/ella. El Directorio de Proveedores y Farmacias de CHRISTUS Health Plan Generations Plus le brinda una lista completa de los profesionales del cuidado de la salud y proveedores de la red.

Si no encuentra a su médico actual en el directorio y quiere confirmar que está en nuestro plan, o si quiere elegir un nuevo PCP y le gustaría saber si este PCP acepta nuevos pacientes, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-282-3026.

También puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de membresía.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar su médico de atención primaria (PCP) por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de pertenecer a la red de proveedores del plan y usted deba encontrar un nuevo PCP.

Si quiere cambiar de PCP, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-282-3026. Puede hacer la solicitud por escrito, por teléfono o en el sitio web de CHRISTUS Health Plan Generations Plus www.christushealthplan.org. Servicio al Cliente verificará si el PCP que escogió de la red acepta nuevos pacientes. Luego cambiará su registro de miembro para que muestre el nombre de su nuevo PCP de la red. El cambio de PCP entra en vigor al siguiente día hábil después de su solicitud. Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación de la membresía. Esta tarjeta tiene el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.

Cuando llame a Servicio al Cliente, asegúrese de mencionar si está consultando a especialistas o si está recibiendo servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (tales como atención médica domiciliaria o equipo médico duradero). Servicio al Cliente se asegurará de que usted pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que estaba recibiendo cuando cambió de PCP.

Nuestro objetivo es que la transición al nuevo especialista sea la mejor para evitar interrupciones a su atención médica. Como siempre, si tiene una necesidad médica de emergencia o urgente, le alentamos a buscar atención en un centro de atención de urgencia o emergencia apropiado.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener aprobación previa de su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica femenina de rutina, lo que incluye exámenes de mama, mamografías (radiografías de los senos), Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que la obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.

- Atención de urgencia que reciba de proveedores de la red o fuera de la red cuando no pueda disponer temporalmente de un proveedor de la red o acceder a él (por ejemplo, cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, comuníquese con Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar el servicio de diálisis de mantenimiento para usted mientras se encuentre de viaje. Los números de teléfono de Servicio al Cliente se encuentran en la contraportada de este folleto).

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, musculares o articulares.

Su PCP dirigirá y coordinará cualquier tipo de atención que requiera, y le ayudará a consultar un especialista cuando lo requiera. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa. Su PCP deberá obtener una autorización previa para los siguientes servicios:

- Equipo médico duradero y suministros relacionados
- Atención para pacientes hospitalizados
- Ambulancia para servicios que no sean de emergencia.
- Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en hospitales de atención ambulatoria y centros quirúrgicos ambulatorios
- Dispositivos protésicos y suministros relacionados
- Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inglés)
- Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios

Los proveedores de la red de CHRISTUS Health Plan Generations Plus están obligados a ayudar a los miembros a obtener la autorización previa. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información acerca de los servicios que requieren autorización previa.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandonan el plan?

Podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le facilitemos el acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Siempre que sea posible, le avisaremos con al menos 30 días de anticipación que su proveedor va a abandonar nuestro plan, para que tenga tiempo de seleccionar otro proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene el derecho de solicitar, y vamos a trabajar con usted, para asegurar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su cuidado no se está siendo administrado de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión
- Si se entera de que su médico o especialista va a irse de su plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar otro proveedor y a administrar su cuidado.

También podemos ayudarle a coordinar la transición de su atención. Nuestro objetivo es que la transición al nuevo especialista sea la mejor para evitar interrupciones a su atención médica. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-282-3026.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red

Mientras usted sea miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, servicios de atención urgente cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área, y los casos en que CHRISTUS Health Plan Generations Plus autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Consulte el Capítulo 3, sección 3 (*Cómo recibir servicios cubiertos en caso de una emergencia o atención médica urgente o durante un desastre*) para encontrar más información acerca de la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área de servicio.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos en caso de una emergencia o atención médica urgente o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer en caso de que se presente una?

Una **"emergencia médica"** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o la de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia, si fuera necesario. *No* necesita obtener primero la aprobación o un referido de su PCP.
- **Asegúrese de informar al plan tan pronto sea posible de su emergencia.** Debemos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general dentro de 48 horas. Comuníquese con el Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener cobertura para los servicios de emergencia cuando lo necesite, en cualquier lugar del mundo. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencia en cualquier otro medio puede poner en peligro su salud. Si desea obtener información adicional, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Tiene cobertura a nivel mundial para emergencias. Consulte el Capítulo 4 para conocer más información.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brinden la atención para ayudar a controlar y hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Ellos decidirán cuándo su afección es estable y si la atención de emergencia ha finalizado.

Una vez concluida la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición siga estable. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no se trata de una emergencia médica?

En algunas ocasiones, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir por servicios de emergencia– creyendo que su salud se encuentra en grave peligro– y el médico puede indicar que en realidad no se trata de una emergencia. Si resulta que no era una emergencia, cubriremos su atención médica siempre y cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro.

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

- Acuda a un proveedor de la red para obtener la atención médica adicional.
- – *o* – la atención médica adicional que recibe se considera "atención de urgencia", y usted sigue las reglas para obtener la atención de urgencia (para obtener más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención médica en caso de tener una necesidad urgente de atención médica

¿Qué son "servicios urgentemente necesarios"?

Los "servicios urgentemente necesarios" son una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia y que necesita atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles. La afección imprevista puede ser, por ejemplo, el rebrote de una afección conocida que usted padece.

¿Qué sucede si se encuentra dentro del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad de atención médica de urgencia?

Usted siempre debe tratar de obtener servicios urgentemente necesarios de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están temporalmente disponibles o están inaccesibles y no es razonable esperar la obtención de atención por parte de su proveedor cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios urgentemente necesarios que reciba de un proveedor fuera de la red.

- **Vaya al proveedor de atención de urgencia más cercano.** No necesita recibir primero la aprobación o referido de su PCP, pero usted puede comunicarse con su PCP para que le ayude a coordinar su atención con un proveedor de atención médica urgente.

- **Asegúrese de informar al plan tan pronto sea posible de su consulta al centro de atención médica urgente.** Debemos dar seguimiento a su atención médica de urgencia. Usted o alguien más debe informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general dentro de 48 horas. Comuníquese con el Servicio al Cliente de CHRISTUS

Health Plan al 1-844-282-3026. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla, pueden llamar al número TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los servicios de interpretación están disponibles de forma gratuita. También puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

- Para encontrar un centro de atención de urgencias, consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* o visite nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. También puede llamar al Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad de atención médica de urgencia?

Cuando se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá la atención médica de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan solo cubre servicios urgentemente necesarios o de emergencia si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud Pública y Servicios Humanos de EE.UU., o el Presidente de Estados Unidos declara un estado catastrófico o de emergencia en su área geográfica, todavía tiene derecho a atención de su plan.

Visite el sitio web siguiente: www.christushealthplan.org para más información acerca de obtener atención necesaria durante un desastre.

Por lo general, si no puede consultar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si usted no puede utilizar una farmacia dentro de la red, las siguientes son las circunstancias bajo las cuales cubriríamos recetas despachadas en una farmacia fuera de la red: Si desea obtener información adicional, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le corresponde por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos el pago*

de la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información acerca de cómo proceder.

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

CHRISTUS Health Plan Generations Plus cubre todos los servicios médicamente necesarios, que se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto), y se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable del pago del costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos un determinado servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes obtenerlo. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*), encontrará más información acerca de lo que puede hacer si desea solicitarnos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted paga el costo total de los servicios que recibe después de haber utilizado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. La cantidad que usted paga después de haber alcanzado el límite de los beneficios no cuenta para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Puede llamar a Servicio al Cliente cuando desee saber cuánto ya ha utilizado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando se encuentra en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es la manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como el grado de eficacia de un medicamento contra el cáncer. En estos estudios, se solicita la ayuda de personas voluntarias para probar nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar la eficacia y seguridad de un nuevo tratamiento.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio *no* aprobado por Medicare, *usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, una persona que trabaje en él se pondrá en contacto con usted para explicarle en detalle en qué consiste el estudio y determinar si usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que lo llevarán a cabo. Puede participar en el estudio siempre y cuando reúna los requisitos necesarios *y* comprenda y acepte completamente lo que implica su participación.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando usted hace parte de un estudio clínico, usted puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de la atención (que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación *ni* la aprobación del PCP. Los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica *no* tienen que ser pertenecer a la red del plan.

Aunque usted no necesita permiso del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **usted debe informarnos antes de empezar su participación en el estudio de investigación clínica.**

Si usted piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) para saber que usted participará en un ensayo clínico y para conocer más detalles específicos acerca de lo que su plan pagará.

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga y qué es lo que se paga?

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, se cubrirán los suministros y los servicios que reciba como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera participando en el estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención médica.

Original Medicare paga la mayor distribución de costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre la distribución de costos en Medicare Original y su distribución de costos como miembro de

nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera dichos servicios por parte de nuestro plan.

> *A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona la distribución de costos:* Supongamos que debe realizarse un examen de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los cargos por dicho análisis es de $20 según el plan de Medicare Original, pero el análisis le costaría solo $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos la distribución de costos que nos corresponde, usted deberá enviar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de su Aviso de Resumen de Medicare u otra documentación que indique los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto le debemos. Para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare *no* paga los suministros o servicios nuevos que se prueban en un estudio, a menos que Medicare cubra ese suministro o servicio incluso si usted *no* participa en el estudio.
- No se pagan los suministros y los servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- No se pagan los suministros o los servicios que el estudio le proporcione solo para recopilar datos y que no se utilicen para su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección generalmente requiere solo una.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre la inscripción en un estudio de investigación clínica, puede leer la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare(https://www.medicare.gov).

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 cubierta en una "institución religiosa no médica para servicios de salud"

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud?

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un centro que proporciona atención para una enfermedad que comúnmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de un miembro, brindaremos cobertura para la atención en una institución religiosa no médica para servicios de la salud. Puede solicitar atención médica en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio solo está disponible para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de cuidados de salud). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica proporcionados por instituciones religiosas no médicas para servicios de salud.

Sección 6.2 ¿Qué atención brindada por una institución religiosa no médica para servicios de salud está cubierta por nuestro plan?

Para obtener atención de una institución religiosa no médica para servicios de salud, deberá firmar un documento legal donde exprese que usted se opone voluntariamente a recibir un tratamiento médico "no exceptuado".

- El tratamiento o la atención médica "no exceptuado" es cualquier tipo de atención médica o tratamiento *voluntario* y *no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- El tratamiento médico "exceptuado" es la atención o tratamiento médico recibe de forma *no* voluntaria o que *se requiere* según las leyes federales, estatales o locales.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de cuidados de salud no médica, deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe padecer una enfermedad que le permita recibir servicios de atención para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
    - – *y* – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro o su hospitalización no será cubierta.

Si usted cumple con las condiciones descritas anteriormente y califica para la atención, usted debe seguir las reglas de cobertura para la atención para pacientes hospitalizados y centro de enfermería especializada. La distribución del costo y los beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto en el Cuadro de Beneficios Médicos.

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será dueño del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye suministros como equipos de oxígeno e insumos, sillas de ruedas, andadores, sistemas de impulso para colchones, muletas, suministros para diabéticos, dispositivo generador de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenados por un proveedor para usar en casa. Algunos suministros, como las prótesis, siempre pertenecen al miembro. En esta sección, analizaremos otros tipos de equipo médico duradero que se deben alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero serán dueños del equipo después de pagar los copagos del suministro durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, usualmente usted no adquirirá la propiedad de equipo DME alquilado, no importa cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Bajo algunas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del equipo médico duradero a usted. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

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

Si no adquirió el equipo médico duradero mientras era miembro de nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el equipo después de cambiar a Medicare Original para poder adquirirlos. Sus pagos anteriores mientras se encontraba en nuestro plan no se consideran dentro de estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó pagos para el equipo médico duradero dentro de Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, dichos pagos tampoco se consideran dentro de estos 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el equipo después de su regreso a Medicare Original para adquirir el artículo. En este caso, no existen excepciones cuando regresa a Medicare Original.

Capítulo 4

Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).

SECCIÓN 1 Entender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos 63

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos 63

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por la atención médica cubierta?..... 63

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una "factura de saldos" 64

SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar 65

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan 65

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?..... 97

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 97

SECCIÓN 1 Entender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de Beneficios Médicos en el que se detallan los servicios cubiertos y muestra la cantidad que pagará por cada servicio cubierto como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus. Más adelante en este capítulo, encontrará información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

Para comprender la información de este capítulo acerca de los pagos, debe conocer los tipos de gastos a su cargo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe un determinado servicio médico. El copago se paga cuando recibe el servicio médico. (En la Sección 2, el Cuadro de Beneficios Médicos proporciona más información acerca de los copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga el coseguro cuando recibe el servicio médico. (En el Cuadro de Beneficios Médicos en la Sección 2, se proporciona más información acerca del coseguro).

La mayoría de personas que califican para los programas Medicaid o para Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB, si aplica. Si piensa que le están pidiendo pagar sin razón, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por la atención médica cubierta?

Como usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite a cuánto tiene que pagar por los gastos de bolsillo cada año por servicios médicos de la red que están cubiertos por nuestro plan (consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina la cantidad máxima de gastos de bolsillo para servicios médicos.

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, la cantidad máxima que deberá pagar de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la red en 2019 es de $4,400. Las cantidades que usted paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos de la red se tendrán en cuenta para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. (Las cantidades que usted paga por las primas de su plan y por los medicamentos recetados de la Parte D no se toman en cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no

cuentan para la cantidad máxima de sus gastos de bolsillo. Si alcanza la cantidad máxima de gastos de bolsillo de $4,400, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, deberá continuar pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una "factura de saldos"

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, una protección importante para usted es que sólo debe pagar la cantidad de distribución de costo cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado denominados "facturación de saldos." Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de sus costos compartidos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que proveedor cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), usted paga sólo dicha cantidad por cualquier servicio cubierto por un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo que le corresponde depende del tipo de proveedor que consulte:
    - Si recibe los servicios cubiertos por un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe los servicios cubiertos por medio de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red sólo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido).
    - Si recibe los servicios cubiertos por medio de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red sólo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido).
- Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

El Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra en las páginas siguientes lista los servicios que cubre CHRISTUS Health Plan Generations Plus y lo que paga de gastos de bolsillo por cada servicio. Los servicios del Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las reglas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios que reciba (como atención, servicios, suministros y equipos médicos) *deben* considerarse “médicamente necesarios”. Esto significa que los servicios, suministros y medicamentos que reciba deben ser necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su problema médico y deben cumplir con los estándares aceptados de prácticas médicas.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor que no forme parte de la red. En el Capítulo 3, encontrará más información sobre los requisitos para usar los proveedores de la red y las situaciones en que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un médico atención (PCP) que brinda y supervisa la atención médica.
- Algunos de los servicios que se detallan en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *sólo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (conocida también como “autorización previa”). En el Cuadro de Beneficios Médicos, se señalan en letra negrita los servicios cubiertos que requieren aprobación previa.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que en Medicare Original. Por otros, paga *menos*. (Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su folleto *Medicare y Usted 2019*. Consúltelo en línea en https://www.medicare.gov o solicite una copia 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).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubriremos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, recibe también servicios de tratamiento o control para una afección existente, se aplicará un copago por la atención recibida para el problema existente.

- En algunos casos, Medicare agrega cobertura de nuevos servicios bajo Medicare Original durante el año. Si Medicare agrega cobertura de servicios durante 2019, Medicare o nuestro plan cubrirán estos servicios.

Verá esta manzana al lado del servicio preventivo en el Cuadro de Beneficios.

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una única ecografía de control para las personas con riesgo. El plan solo cubre este examen si obtiene una remisión como resultado de la consulta a su médico, médico asistente, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para esta prueba preventiva.
Acupuntura y otras terapias alternativas	Copago de $45 hasta por 4 visitas por año para terapia de masaje y acupuntura. El beneficio de las 4 visitas está disponible a través de CHRISTUS St. Vincent Holistic Health & Wellness Center, con un copago de $0. Para obtener más información, visite www.christushealth.org/st-vincent/locations-directions/holistic-health-and-wellness **Se requiere autorización para la acupuntura y otras terapias alternativas.**
Servicios de ambulancia • Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea, de ala fija y rotatoria, al centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención si se proporciona a un	Copago de $110 por viaje para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare. Exento de copago si es

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia (continuación) miembro cuya afección médica no permite que utilice otro medio de transporte (que podría ser perjudicial para su salud) o si está autorizado por el plan. • El transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia se considera apropiado si se documenta que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte están contraindicados (podría poner en peligro la salud de la persona) y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	hospitalizado. **Se requiere autorización para servicios que no sean emergencia cubiertos por Medicare.**
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus factores riesgo y salud actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** El primer examen anual de bienestar no se puede realizar dentro de los 12 meses posteriores a la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya realizado la visita de “Bienvenido a Medicare” para que las consultas anuales de bienestar estén cubiertas después de tener la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago o deducible para la visita anual de bienestar.
Medición de masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, esto significa que son personas en riesgo de perder masa ósea u osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia si fueran médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad de los huesos, incluyendo la interpretación de los resultados por parte del médico.	No hay coseguro, copago o deducible para las mediciones de la masa ósea cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de detección temprana entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas cada 24 meses.	No hay coseguro, copago o deducible para mamografías de detección.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos que incluyen ejercicios, educación y asesoría para miembros que reúnen ciertos requisitos con una orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, por lo general, son más rigurosos e intensos.	Copago de $40 por consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. **Se requiere autorización para los servicios cardíacos cubiertos por Medicare.**
Consulta para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta anual con su médico de atención primaria para ayudar a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico podrá discutir el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se alimente saludablemente.	No hay coseguro, copago o deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.
Examen de detección de enfermedad cardiovascular Examen de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías relacionadas con un riesgo elevado de sufrir enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago o deducible para la prueba de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Evaluación para la detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Los exámenes pélvicos y de Papanicolaou están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si usted está en alto riesgo o de cáncer cervical o ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años y está en edad de tener hijos: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No hay coseguro, copago o deducible por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvico cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	Copago de $20 por consulta; limitado a 36 consultas por año.
Exámenes para la detección del cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o mayores, se cubren los siguientes exámenes: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal con base en guayacol (gFOBT, en inglés) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, en inglés) Detección de enfermedades colorrectales según el ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopía de control (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopía de control cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de control.	No hay coseguro, copago o deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos:	
Servicios dentales cubiertos por Medicare – servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, relleno, extracción o reemplazo de dientes).	Copago de $25 por servicios cubiertos por Medicare.
<u>Servicios dentales (preventivos)</u> • Exámenes orales: 1 consulta cada año para examen oral • Profilaxis: 1 consulta cada 6 meses para limpieza de dientes • Tratamiento con flúor: 1 consulta cada 6 meses para tratamiento con flúor Radiografías: Una vez cada 2 años	Copago de $5 por servicios preventivos.
<u>Servicios dentales (integrales)</u> Servicios de diagnóstico, restauración, extracción, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial y otros servicios que no son de rutina.	Copago de $20 por servicios preventivos. El límite máximo del beneficio es de $1,000 cada año. El máximo del beneficio solo aplica a servicios no cubiertos por Medicare.
Examen de detección de depresión Cubrimos un examen anual para la detección de depresión. El examen se realizará en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y referidos.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de la depresión.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de colesterol y niveles de triglicéridos anómalos (dislipidemia), obesidad o historial de nivel de azúcar en sangre alto (glucosa). Las pruebas también están cubiertas si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago o deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (insulino-dependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras para las pruebas de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y sus lancetas, y soluciones control para verificar la precisión de la medición de glucosa con las tiras de medición y los monitores. • Para los diabéticos que padecen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles no adaptadas que se proporcionan con los zapatos). La cobertura incluye la adaptación. • El entrenamiento para el autocontrol de la diabetes está cubierto bajo ciertas condiciones.	Copago de $0. Suministros y servicios para diabéticos limitados a aquellos de fabricantes específicos. **Se requiere autorización para zapatos y plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare.** .

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	
(Para obtener la definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este folleto).	20% del costo del DME cubierto por Medicare.
Los suministros cubiertos incluyen, pero no están limitados a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de impulso de colchones, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bomba de infusión intravenosa, aparatos generadores de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.	Suministros y servicios para diabéticos limitados a aquellos de fabricantes específicos.
Le enviamos la lista de DME de CHRISTUS Health Plan Generations Plus junto con esta Evidencia de Cobertura. La lista le indica las marcas y fabricantes de DME que cubriremos. Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de Distribuidores de DME en este sobre junto con este folleto. La lista más reciente de marcas, fabricantes y distribuidores también está disponible en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org	***Authorization may be required for Medicare covered Durable Medical Equipment services**
Generalmente, CHRISTUS Health Plan Generations Plus cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes que aparecen en esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es la apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es miembro nuevo en CHRISTUS Health Plan Generations Plus y está usando una marca de DME que no está en la lista, continuaremos cubriendo dicha marca para usted hasta por 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir que marca es la médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita a una segunda opinión).	
Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de que producto o marca es la apropiada para su afección médica. (Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).	

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia	
Cuidado de emergencia se refiere a servicios que son: • Prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, consideran que usted presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que para los servicios prestados dentro la red.	Copago de $65 para visitas a sala de emergencias cubiertas por Medicare. Si es admitido al hospital dentro de 24 horas por la misma afección, el copago es de $0 por la visita de atención de emergencias. Si recibe servicios de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita hospitalización después de que se estabilice su problema de emergencia, usted debe regresar a un hospital de la red a fin de que se continúe cubriendo su atención, *O* debe recibir la atención como paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red autorizado por el plan y su costo es su parte del costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
La atención de emergencia tiene cobertura mundial.	Copago de $65 por visita. Exento de copago si es hospitalizado.
El transporte de emergencia tiene cobertura mundial.	Copago de $110 por visita. Exento de copago si es hospitalizado.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Programas de educación sobre salud y bienestar	
Programas de educación sobre salud y bienestar La salud preventiva conserva su enfoque en afecciones médicas como la presión arterial alta, colesterol, asma, dietas especiales, control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés. El beneficio para dejar de fumar y cesar el consumo de tabaco permite a los miembros recibir servicios de consejería ilimitados para dejar de fumar y cesar el consumo de tabaco. Los miembros deben ser referidos por su médico para recibir este servicio.	Copago de $0 por programas de educación sobre salud y bienestar
Beneficio de Acondicionamiento Físico Este beneficio proporciona acceso a centros de acondicionamiento físico en nuestra área de servicio.	Asignación mensual de $20 para el beneficio de acondicionamiento físico, reembolsada trimestralmente
Servicios auditivos	
Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por el PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, un especialista del oído u otro proveedor calificado.	Copago de $25 para servicios para la audición cubiertos por Medicare por examen.
Exámenes de rutina de la audición: 1 examen cada año	Copago de $35 por un examen auditivo de rutina.
Dispositivos auditivos: El miembro debe comprar los dispositivos auditivos seleccionados del fabricante elegido de Amplifon.	Copago de $395, $495 o $695 por dispositivo auditivo. El copago está basado en el fabricante, el producto y el estilo seleccionado. No está cubierto fuera de la red. Exclusión: Los exámenes para adaptar los dispositivos no están cubiertos.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección del VIH Para las personas que solicitan un examen de detección del VIH o para quienes corren un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses. Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiarios elegibles por exámenes de detección de VIH cubiertos por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico deberá certificar que usted los necesita y pedirá que una agencia de atención médica domiciliaria preste dichos servicios. Debe estar confinado en su hogar, es decir que abandonar su hogar representa un esfuerzo considerable. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de asistente médico domiciliario, a tiempo parcial o intermitente (para con cobertura conforme al beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio, combinados, deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para los servicios de agencia de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare. ***Se requiere autorización para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare**
Cuidados paliativos (Hospicio) Puede recibir atención por parte de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal, certificando que usted tiene una enfermedad en fase terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de las Partes A y B relacionados con su enfermedad terminal los paga Medicare Original, no CHRISTUS Health Plan Generations Plus.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidados paliativos (continuación) El médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Cuidado paliativo a corto plazo. • Atención domiciliaria. <u>Para los servicios de cuidado paliativos y servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y están relacionados con su afección terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de las Partes A y B relacionado con la enfermedad terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, el proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios cubiertos por Medicare Original. <u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su afección terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia o servicios que no sean de urgencia que estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare y no se relacionen con su afección terminal, el costo por estos servicios dependerá de si usa o no un proveedor de la red de nuestro plan: • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de distribución de costos del plan por servicios dentro de la red • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido bajo la Tarifa por Servicio de Medicare (Medicare Original) <u>Para servicios que están cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations Plus, pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> CHRISTUS Health Plan Generations Plus continuará cubriendo los servicios	No hay coseguro, copago ni deducible para servicios de consulta para cuidados paliativos. ***Se requiere autorización para los servicios de cuidados paliativos cubiertos por Medicare.**

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidados paliativos (continuación) cubiertos por el plan que no estén cubiertos por las Partes A o B, ya sea que se relacionen o no con su enfermedad terminal. Usted paga la cantidad de distribución de costos del plan por estos servicios. Para medicamentos que podrían estar cubiertos bajo el beneficio de Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por cuidado paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para encontrar más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué pasa si se encuentra en un centro de Cuidados Paliativos certificado por Medicare?*) **Nota:** Si necesita cuidados no paliativos (atención médica que no está relacionada con su afección terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta para cuidados paliativos (sólo una vez) para personas que sufren una enfermedad terminal que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripa en otoño y en invierno, con vacunas adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la Hepatitis B, si presenta riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B. • Otras vacunas, si su salud está en riesgo y cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. Además, cubrimos algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	No hay coseguro, copago o deducible por las vacunas de la neumonía, influenza, y Hepatitis B.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados Incluye servicios hospitalarios agudos, de rehabilitación para paciente hospitalizado, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. Atención de hospitalización comienza el día que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de que reciba el alta es su último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada de ser médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Exámenes de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Insumos quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y sala de recuperación. • La terapia física, ocupacional y del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso y decida si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red están fuera del área de servicio, usted puede elegir obtener localmente sus servicios de trasplante si los proveedores locales de trasplante están dispuestos a aceptar las tarifas de Medicare Original.	Para estadías en el hospital cubiertas por Medicare: Días 1 al 5: Copago de $275 por día Días 6 al 90: Copago de $0 por día Límite de 90 días con 60 días adicionales de reserva. Si recibe servicios de hospitalización autorizados en un hospital que no pertenece a la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, deberá pagar la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red. ***Se requiere autorización para los servicios para pacientes hospitalizados cubiertos por Medicare.** Excepto en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser hospitalizado.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados (continuación) Si CHRISTUS Health Plan Generations Plus brinda los servicios de trasplante en un lugar distante (fuera del área de servicio) y usted elige obtener el trasplante en ese lugar distante, dispondremos o pagaremos por el alojamiento apropiado y los costos de transporte para usted y un acompañante. • Sangre - incluyendo almacenamiento y administración La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos empieza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar los costos ya sea las 3 primeras pintas de sangre que obtenga en un año calendario o puede recibir una donación de sangre de otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta de sangre usada. • Servicios del médico. **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para ingresarlo formalmente en el hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Salud mental para pacientes hospitalizados	
Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización.	Para estadías en el cubiertas por Medicare:
Nuestro plan cubre un límite de por vida de 190 días de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de la atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados por un hospital general.	Días 1 al 5: Copago de $275 por día Días 6 al 90: Copago de $0 por día
Nuestro plan también cubre 90 días para una estadía de paciente hospitalizado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez haya usado estos 60 días, su cobertura de servicios para pacientes hospitalizados tendrá un límite de 90 días.	Límite de 90 días con 60 días adicionales de reserva. Excepto en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser hospitalizado. Si recibe servicios de hospitalización autorizados en un hospital que no pertenece a la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, deberá pagar la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red. Se cobra un copago por cada estadía como paciente hospitalizado.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Estadía para pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente hospitalizado o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios del médico. • Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radionúclidos con materiales y servicios auxiliares. • Vendajes quirúrgicos. • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean odontológicos) que reemplacen, en parte o por completo, un órgano interno (incluido el tejido contiguo) o que suplan, en parte o por completo, las funciones de un órgano permanentemente inoperante o que no funcione correctamente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello; soportes y piernas, brazos u ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Usted es responsable del 100% del costo de los servicios recibidos y que no eran médicamente necesarios o si excede cualquier límite de beneficios aplicable.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia médica de nutrición Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (no para diálisis) o que se hayan sometido a un trasplante ordenado por el médico. Cubrimos servicios 3 horas de servicios de asesoría individual durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas por año una vez finalizado. Si se producen cambios en su afección, tratamiento o diagnóstico, puede recibir más horas de tratamiento presentando una orden del médico. El médico debe recetarle dichos servicios y renovar la orden anualmente si el tratamiento es necesario en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del programa de prevención de la diabetes de Medicare están cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare. Este programa es un de intervención estructurada para el cambio del comportamiento de salud. MDPP proporciona un entrenamiento práctico que ayuda a los miembros a perder peso y llevar una vida saludable a través de cambios dietarios a largo plazo, incremento de la actividad física y estrategias para la resolución de problemas.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del programa MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran como infusión mientras recibe servicios	***Puede requerir autorización para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.**

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) médicos, ambulatorios o servicios en centros quirúrgicos ambulatorios. • Medicamentos que se administran con un equipo médico duradero (como nebulizadores), autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se autoadministran mediante inyecciones, si padece de hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento de recibir un trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que el médico certifique que fue resultado de osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos anticancerígenos y antieméticos de administración oral. • Ciertos medicamentos para diálisis en su hogar, como heparina, antídoto para heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, epoetina alfa, Aranesp®o darbepoetin alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primarias. **En el Capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que estos estén cubiertos. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.**	20% del costo de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o superior, cubrimos asesoría intensiva para ayudarlo a bajar de peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un centro de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.	No hay coseguro, copagos ni deducible por los exámenes de obesidad preventivos y terapia
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para paciente ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radioterapia (radioterapia y terapia con isótopos) que incluyen materiales y suministros técnicos. • Servicios radiológicos de diagnóstico (MRI, CT, PET) • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio Sangre - incluyendo almacenamiento y administración La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta de sangre usada. • Otros exámenes/procedimientos de diagnóstico ambulatorios	**Puede requerir autorización** Copago de $0 por las radiografías cubiertas por Medicare. Copago de $20 por la radiología terapéutica cubierta por Medicare. Copago de $150 por la radiología diagnóstica cubierta por Medicare. Copago de $0 por suministros, férulas, yesos y otros aparatos quirúrgicos cubiertos por Medicare. Copago de $0 por los exámenes de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de $150 por unidad para los servicios para sangre cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)	Copago de $150 por procedimientos y exámenes no radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare.
Servicios ambulatorios en el hospital Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento de atención ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Exámenes de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de la salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se exigiría el tratamiento de paciente ingresado sin dicho programa. • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital. • Suministros médicos, como tabillas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse por sus propios medios. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden para hospitalizarlo, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las cantidades de la distribución de costos para los servicios ambulatorios del hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf	**Pueden aplicar reglas de autorización.** Copago de $250 por servicios para paciente ambulatorio y servicios de observación cubiertos por Medicare; copago de $100 para cirugía ambulatoria cubierta por Medicare; copago de $65 por servicios del departamento de emergencias cubiertos por Medicare. Copago de $0 por los exámenes de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de $150 por procedimientos/exámenes no radiológicos de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare. Copago de $55 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare; copago de $10 por servicios ambulatorios de salud mental cubiertos por Medicare. Copago de $0 por las radiografías cubiertas por Medicare. Copago de $150 por la radiología diagnóstica cubierta por Medicare

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios ambulatorios en el hospital (continuación) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	(MRI, CT, PET). Copago de $20 por la radiología terapéutica cubierta por Medicare. Copago de $0 por suministros, pruebas de detección y servicios preventivos cubiertos por Medicare. 20% del costo para los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental proporcionados por un médico o psiquiatra con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional de la salud mental autorizado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.	Copago de $10 para servicios ambulatorios de salud mental cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Los servicios de rehabilitación ambulatorios se proporcionan en varios centros ambulatorios, como departamentos de atención ambulatoria en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).	Copago de $35 por servicios de rehabilitación ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Servicios no residenciales para pacientes ambulatorios proporcionados para el tratamiento de la adicción a las drogas o el alcohol, sin el uso de farmacoterapia. Esto incluye servicios intensivos para pacientes ambulatorios (durante todo el día por varios días), al igual que consejería tradicional (una o varias horas por día, cada una o dos semanas).	Copago de $10 servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare **Se requiere autorización para los servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.**
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en hospitales de atención ambulatoria y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se somete a una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una solicitud para admitirlo a usted como interno en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de la distribución de costos para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado “paciente ambulatorio”.	**Pueden aplicar reglas de autorización.** Copago de $100 por servicios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. Copago de $250 por servicios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare en instalaciones de hospitales.
Servicios y artículos de venta libre (OTC) Esto incluye medicamentos de venta libre en el Formulario de venta libre de CHRISTUS Health Plan Generations Plus y que no necesitan una receta. Para obtener el reembolso, usted debe presentar los recibos de los medicamentos de venta libre calificados, antes de 30 días después del fin del trimestre. Si desea obtener información adicional, consulte la Sección 8 del Capítulo 6. **NOTA:** La terapia de reemplazo de la nicotina (NRT) no está incluida en este beneficio.	Asignación de $100 cada tres meses para artículos de venta libre.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de hospitalización parcial La "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona en una sección del hospital para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental. Es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio del médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización. Nota: Al no haber centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	Copago de $55 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. **Se requiere autorización para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.**
Servicios médicos y profesionales, incluyendo consultas en un consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios, prestados en el consultorio del médico, centro certificado de cirugía ambulatoria, departamento ambulatorio hospitalario o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento (incluyendo vacunas contra las alergias) de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio, realizados por su PCP o el especialista, si el médico lo solicita para saber si necesita un tratamiento médico. • Segunda opinión por parte de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en casos de enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico).	Copago de $0 por consultas con el médico de atención primaria cubiertas por Medicare. Copago de $25 por cada consulta con el especialista cubierta por Medicare. Copago de $25 por cada consulta dental no rutinaria cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón en el talón).	Copago de $25 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.
• Cuidado de rutina de los pies para miembros con determinadas afecciones que afectan las extremidades inferiores.	Copago de $0 por el cuidado de rutina de los pies cubierto por Medicare.
Exámenes de detección del cáncer de próstata Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años o más: • Examen mediante tacto rectal. • Examen de detección de antígenos prostáticos específicos (PSA).	No hay coseguro, copago ni deducible por el examen anual de PSA.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen todo o una parte del cuerpo o función del organismo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, brazos y piernas artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con prótesis y la reparación y/o reemplazo de prótesis. Además, incluye parte de la cobertura después de la eliminación de cataratas o una cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección.	**Pueden aplicar reglas de autorización.** 20% del costo de los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés), moderada a muy grave, y que cuentan con una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. Medicare cubre hasta dos (2) sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones de por vida (en algunos casos, hasta 72 sesiones de por vida) de servicios de rehabilitación pulmonar.	Copago de $30 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. **Se requiere autorización para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.**
Evaluación y asesoría para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una detección abuso de alcohol para adultos con Medicare (entre ellos mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son alcohólicos dependientes. Si da resultados positivos en la evaluación de abuso de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones cortas de asesoría individual por año (si se muestra competente y atento durante el asesoramiento), que serán proporcionados por un profesional o médico de atención primaria calificado en un centro de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de examen de control y el asesoría para reducir abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección para cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis bajas (LDCT, en inglés) Para las personas calificadas, se cubre un LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: personas de 55 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer pulmonar, pero que tienen un historial de fumadores de por lo menos 30 paquetes al año o que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante una asesoría de prueba de detección de cáncer en los pulmones y compartió la decisión de realizar consultas que cumplen con los	No hay coseguro, copago ni deducible para la asesoría cubierta de Medicare y la decisión compartida de realizar una consulta o para LDCT.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Prueba de detección para cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis bajas (LDCT, en inglés) (continuación) criterios de Medicare para dichas consultas y las provee un médico o un profesional no médico calificado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón por LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT*: el miembro debe recibir una orden por escrito para una prueba de detección de cáncer de pulmón por LDCT, la cual se puede realizar durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide proporcionar asesoramiento para una prueba de detección de cáncer de pulmón y una consulta para una toma de decisiones compartida para pruebas de detección de cáncer de pulmón subsiguientes con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para tales consultas.	
Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoría para prevenir las ITS Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son solicitadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones intensivas individuales de asesoría conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer ITS. Sólo cubriremos estas sesiones de asesoría como servicio de prevención si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, por ejemplo, un consultorio médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoría para prevenir las ITS cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar las enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñarles a los miembros a cuidar los riñones y ayudarlos a tomar decisiones informadas acerca de la atención que reciben. Para los miembros que se encuentran en la Etapa IV de su enfermedad renal, y cuando el médico lo remite, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando se encuentra Servicios para tratar las enfermedades renales temporalmente fuera del área de servicio según se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es hospitalizado para recibir atención especial). • Entrenamiento para realizarse autodiálisis (incluye el entrenamiento para usted y para la persona que lo ayude con el tratamiento de diálisis en su hogar). • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo domiciliarios (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar la diálisis en su hogar, asistirlo en caso de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos dentro del beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea obtener información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección titulada: “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.	Copago de $0 por servicios cubiertos por Medicare para el tratamiento de enfermedades y afecciones renales, incluyendo terapia de nutrición para personas con ESRD. **Se requiere autorización para los servicios para enfermedades renales cubiertos por Medicare.**

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inglés) (Para conocer la definición de "Centro de Enfermería Especializada", consulte el Capítulo 12 de este folleto. A los centros de enfermería especializada en ocasiones se los llama "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada de ser médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que reciba como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes en el organismo naturalmente, tales como factores coagulantes de la sangre). • Sangre - inclusive almacenamiento y administración La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos empieza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar los costos ya sea las 3 primeras pintas de sangre que obtenga en un año calendario o puede recibir una donación de sangre de otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta de sangre usada. • Artículos médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF. • Pruebas de laboratorio proporcionadas normalmente por los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados normalmente por los SNF. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas, proporcionados normalmente por los SNF. • Servicios médicos/profesionales Generalmente, recibirá atención de SNF en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.	**Pueden aplicar reglas de autorización.** Para estadías en el hospital: Días 1 al 20: Copago de $0 por admisión Días 21 al 100: Copago de $150 por día El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios para SNF. Excepto en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser hospitalizado.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inglés) (continuación) • Una residencia de ancianos o comunidad de atención continua para jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando el lugar proporcione atención de enfermería especializada). • Un SNF en el que viva su cónyuge al momento en que usted deja el hospital.	
Servicios para dejar de fumar y cesar el consumo de tabaco (asesoría para dejar de fumar y consumir tabaco) Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoría dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo gratuito para usted. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas personales. Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el cigarrillo o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro un período de 12 meses, pero usted pagará el costo compartido que sea aplicable. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas personales.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de fumar y de consumir tabaco cubiertas por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para aquellos miembros que sufren de enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD) y que cuentan con una remisión por parte del médico responsable del tratamiento de esta enfermedad. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.	**Se requiere autorización para la terapia de ejercicio supervisada cubierta por Medicare.** Copago de $10 por servicios de SET cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación) El programa de SET debe: • Consistir en sesiones que duran entre 30 y 60 minutos y que comprenden un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para el tratamiento de PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Ser brindado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superan los daños, y que está capacitado en la terapia de ejercicios para el tratamiento de PAD • Brindarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica quienes deben estar capacitados en las técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas Después de las primeras 36 sesiones en un período de 12 semanas, es posible que se cubran 36 sesiones más de SET durante un período extendido, siempre que el proveedor de atención médica considere que es médicamente necesario.	
Servicios de transporte Los servicios de transporte incluyen los siguientes medios de transporte: taxi, bus, metro, van, transporte médico.	**Se requiere autorización para los servicios de transporte.** $0 por un viaje en una sola dirección a las ubicaciones aprobadas por el plan, hasta 12 viajes en una sola dirección por año.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios necesarios de urgencia	
Los servicios de urgencia son proporcionados para una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia y que necesita atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles.	Copago de $25 para consultas por servicios de atención de urgencia necesarios, cubiertos por Medicare.
El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que para los servicios prestados dentro la red.	Copago de $65 para consultas por servicios de atención de urgencia necesarios (a nivel mundial)
Atención de la vista	
Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, entre ellas el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.	Copago de $25 por los exámenes oculares cubiertos por Medicare.
• Medicare Original no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto.	
• Para las personas con alto riesgo de sufrir glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma una vez por año Las personas con alto riesgo de sufrir glaucoma incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o mayores.	Copago de $35 por los exámenes de detección de glaucoma.
Para las personas con diabetes, los exámenes de detección para retinopatía se cubren una vez al año.	Copago de $25 por los exámenes de detección retinopatía diabética.
Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, que incluye 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 comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).	Copago de $0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.
	Copago de $0 por examen de

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de la vista (continuación) • Examen ocular de rutina, limitado a uno por año. • Anteojos (lentes y montura) o lentes de contacto	rutina para la vista. Asignación de $100 por año por un par de anteojos (montura/lentes) o lentes de contacto.
Visita de prevención "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la visita de prevención "Bienvenido a Medicare" por única vez. Esta visita incluye una revisión de salud, educación y asesoramiento acerca de servicios de prevención que usted necesita (entre ellos ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones para recibir atención adicional si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a **Visita de prevención "Bienvenido a Medicare" (continuación)** Medicare" únicamente dentro de los 12 primeros meses desde su inscripción en la Parte B de Medicare. Cuando programe la cita, informe al consultorio del médico que desea programar su visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Este Sección explica cuales servicios son "excluidos" de cobertura de Medicare y entonces, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está "excluido" se refiere a que no está cubierto por este plan.

El siguiente cuadro da una lista de servicios y artículos que no están cubiertos debajo de cualquier condición o solo están cubiertos en condiciones específicas.

Si recibe medicamentos que están excluidos (que no están cubiertos), usted debe pagarlos. No pagaremos los servicios médicos excluidos enumerados en el cuadro a continuación, excepto bajo las condiciones específicas que se indican. La única excepción: si después de una apelación, se determina que un beneficio en el cuadro de exclusiones es un beneficio médico que

deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado respecto de la cobertura de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones en servicios están descritas en el Cuadro de Beneficios o en el cuadro abajo.

Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, no se cubren los servicios excluidos y nuestro plan no pagará por ellos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según las reglas de Medicare Original.	✓	
Procedimientos quirúrgicos y médicos, y equipos y medicamentos experimentales. Los suministros y procedimientos experimentales son aquellos suministros y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original generalmente definen como no aceptados por la comunidad médica.		✓ Posiblemente están cubiertos por Medicare Original o dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solamente cuando se considere médicamente necesario.
Artículos personales, como teléfono o televisor en la habitación del hospital o del centro de enfermería especializada.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	✓	
El cuidado de custodia es el cuidado proporcionado en una residencia de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro de asistencia cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializada.	✓	
Los servicios domésticos incluyen ayuda básica en el hogar, incluidas las tareas simples del hogar o la preparación de comidas sencillas.	✓	
Cargos cobrados por atención a familiares directos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos		✓ • Cubierto en casos de lesión accidental o para la mejoría funcional del miembro corporal malformado • Sin embargo, están cubiertas todas las etapas correspondientes a una reconstrucción mamaria después de una mastectomía, así como los procedimientos en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Atención odontológica de rutina (como limpiezas, empastes o prótesis).	✓	✓ Servicios dentales preventivos, tales como exámenes orales, radiografías dentales, limpiezas y tratamiento con flúor son servicios cubiertos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios dentales no rutinarios		✓ La atención dental que se requiere para tratar una enfermedad o lesión, puede estar cubierta dentro de la atención para pacientes internos o ambulatorios.
Cuidado quiropráctico de rutina		✓ Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones está cubierta.
Cuidado de pie de rutina		✓ Cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Comidas a domicilio	✓	
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos sean parte de una pierna ortopédica y que estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético.
Aparatos ortopédicos para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Exámenes de audición de rutina, dispositivo auditivos o exámenes para colocarlos.		✓
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros accesorios para la visión deficiente.		✓ Un examen ocular y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos después de una cirugía de cataratas.
Procedimientos para la reversión de la esterilidad, operaciones de cambio de sexo y suministros anticonceptivos sin receta.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	

*La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo ayuda con actividades cotidianas como bañarse y vestirse.

Capítulo 5

Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 105

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D .. 105

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de los medicamentos de la Parte D del plan 106

SECCIÓN 2 Debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 107

Sección 2.1 Para que se su receta tenga cobertura, utilice una farmacia de la red 107

Sección 2.2 Cómo encontrar las farmacias de la red 107

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan 108

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? 109

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan? .. 110

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de Medicamentos" del plan 111

Sección 3.1 La "Lista de Medicamentos" le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos 111

Sección 3.2 Existen cinco "niveles de costo compartido" en la Lista de Medicamentos 112

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de Medicamentos? 113

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 113

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 113

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones existen? 114

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 115

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma en que le gustaría que estuviera cubierto? 115

Sección 5.1 Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto dela forma que usted desearía 115

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está incluido en la Lista de Medicamentos o si tiene restricciones de algún tipo? 116

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento figura en un nivel de costo compartido que usted considera que es muy elevado? 119

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos? 119

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 119

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando? 120

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 122

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 122

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando adquiera medicamentos recetados 123

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía..... 123

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva la tarjeta de membresía? 124

SECCIÓN 9 La cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 124

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una hospitalización cubierta por el plan?..... 124

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es un residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)? 124

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos a través de un empleador o un plan de grupo de jubilados?..... 125

Sección 9.4 ¿Qué pasa si se encuentra en un centro de Cuidados Paliativos certificado por Medicare?..... 126

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos 126

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura..... 126

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides 127

Sección 10.3 Programas de administración de terapias con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos..... 128

¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con bajos recursos a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen el Programa de "Ayuda Adicional" y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. Si desea obtener información adicional, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?
Si usted está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D posiblemente no se aplique a usted.** Le enviamos la información por separado, llamada "Cláusula de la evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también conocida como "Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés)" o cláusula LIS) que le informa sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene esta información, llame a Servicio al Cliente y solicite el "Cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura para los medicamentos de la Parte D**. El siguiente capítulo le informa lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de la cobertura de medicamentos de la Parte D, CHRISTUS Health Plan Generations Plus también cubre algunos medicamentos dentro de los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de la Parte A de Medicare, CHRISTUS Health Plan Generations generalmente cubre los medicamentos que usted recibe durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería. A través de la cobertura de Parte B de Medicare, nuestro plan incluye determinados medicamentos para quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*), se especifican los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o un centro de enfermería especializada, además de sus beneficios y costos para medicamentos Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si está en un centro de Cuidados Paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre servicios y medicamentos de Medicare Partes A, B y D que no están relacionados con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas, y en

consecuencia no están cubiertos bajo el beneficio de cuidado paliativo de Medicare. Para más información, consulte la Sección 9.4 *(Qué pasa si se encuentra en un centro de Cuidados Paliativos certificado por Medicare).* Para información acerca de cobertura del hospicio, consulte la sección cuidados paliativos del capítulo 4 *(Cuadro de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga).*

Las siguientes secciones se relacionan con la cobertura de sus medicamentos bajo las reglas de los beneficios de Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* incluye más información acerca de su cobertura de Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de los medicamentos de la Parte D del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga las siguientes reglas básicas:

- El medicamento debe estar recetado por su proveedor (es decir, un médico u otro proveedor).
- Su recetador debe aceptar Medicare o someter documentación ante CMS que demuestra que está calificado para emitir recetas, o su reclamación Parte D será rechazada. Usted debe preguntar a sus recetadores la próxima vez que los llame o visite si cumplen con esta condición. De no ser así, tenga presente que tarda tiempo para que su recetador someta los documentos necesarios para procesamiento.
- Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para despachar su receta. (Consulte la Sección 2, *Debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (para abreviar, la llamamos Lista de Medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que se su receta tenga cobertura, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en que cubriremos las recetas que se surten en farmacias que no pertenecen a la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D incluidos en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar las farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de Farmacias,* visitar nuestro sitio web (www.christushealthplan.org), o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita volver a surtir un medicamento que está tomando, puede solicitar una nueva receta escrita a su proveedor o pedir que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que usted utiliza deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que utiliza deja de formar parte de la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que forme parte de la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o utilizar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En algunas ocasiones, las recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.

- Farmacias que dispensan medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro LTC (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de cuidado de largo plazo (LTC), debemos asegurar que pueda recibir regularmente sus beneficios de Parte D a través de nuestras farmacias LTC, que típicamente es la farmacia que usa el centro LTC. Si usted tiene dificultad para acceder sus beneficios de Parte D en un centro LTC, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que atienden el Servicio de salud para indígenas/Programa de Salud Tribal/Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los Indígenas Nativos de EE. UU. o los Indígenas Nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que administran medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) restringe a determinados lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o asesoramiento sobre su utilización. (Nota: Esta situación debe suceder con poca frecuencia).

Para localizar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Farmacias* o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan

Puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma regularmente, debido a una afección crónica o a un tratamiento prolongado). Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de** "**pedido por correo**" en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que usted solicite **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener información acerca del surtido de recetas por correo, visite nuestro sitio web (www.christushealthplan.org) o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Generalmente, usted recibirá su pedido por correo en un plazo no superior a 14 días. En caso que la orden de medicamentos por correo se retrase, la farmacia de pedidos por correo le ayudará a coordinar un suministro a corto plazo con una farmacia cerca de usted. También puede llamar a Servicio al Cliente para recibir ayuda.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
Después de que la farmacia recibe una receta médica de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para saber si desea que se surta el medicamento de inmediato o en una

fecha posterior. Esto le dará a usted la oportunidad de asegurarse que la farmacia está entregando el medicamento correcto (incluyendo potencia, cantidad y forma) y, si es necesario, le permite cancelar o demorar el pedido antes que se le facture y envíe. Es importante que usted responda a la farmacia cuando se comunique con usted, para que ellos sepan qué hacer con la nueva receta y evitar cualquier demora en el envío.

Renovación de recetas pedidas por correo. Para renovaciones, comuníquese con su farmacia 21 días antes de la fecha que usted cree se le acaben los medicamentos que tiene a mano para asegurar que su próximo pedido le llegue puntualmente

Para que la farmacia se pueda comunicar con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de informar a la farmacia cuál es la mejor forma de contactarlo. Comuníquese con la farmacia de su elección para darles su información de contacto actual.

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

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado un “suministro extendido”) de los medicamentos de "mantenimiento" que figuran en la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma regularmente, debido a una afección crónica o a un tratamiento prolongado). Usted puede ordenar el suministro por el correo (vea la sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias de venta al por menor** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de esas farmacias de venta al por menor pueden aceptar una cantidad inferior de costo compartido por un suministro para largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. Otras farmacias de venta al por menor pueden no aceptar las cantidades inferiores de costo compartido por un suministro para largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. En este caso usted será responsable de la diferencia en el precio. En el *Directorio de Proveedores y Farmacias* puede encontrar las farmacias de nuestra red que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).
2. Puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de** “**pedido por correo**” en nuestra Lista de Medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que usted solicite un suministro de hasta 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?

Su receta puede cubrirse en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos las recetas de medicamentos que se surten en una farmacia que no pertenece a la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si usted no puede utilizar una farmacia dentro de la red, las siguientes son las circunstancias bajo las cuales cubriríamos recetas despachadas en una farmacia fuera de la red:

- Si usted viaja fuera del área de servicios y se queda sin medicamentos cubiertos de la Parte D o los pierde, o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- No puede obtener sus medicamentos cubiertos de la Parte D de manera oportuna dentro del área de servicios debido, por ejemplo, a que no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable en auto y que proporcione servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Usted necesita surtir una receta de medicamentos cubiertos de la Parte D y el medicamento en particular no está disponible generalmente en una farmacia minorista o de pedido por correo accesible.
- Los medicamentos de la Parte D son surtidos por una farmacia institucional fuera de la red, mientras se encuentra como paciente en una sala de emergencia, una clínica, un centro de cirugía ambulatoria o cualquier otra instalación que proporcione servicios ambulatorios.

En estas situaciones, **consulte primero a Servicio al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto). Se le puede exigir que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo debe solicitar un reembolso por parte de nuestro plan?

Si debe utilizar una farmacia que no pertenece a la red, generalmente deberá pagar la totalidad del costo (en lugar de la parte habitual que le corresponde del costo) en el momento que vuelva a surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo debe solicitarle un reembolso al plan).

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

Sección 3.1 La "Lista de Medicamentos" le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan tiene una *"Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)".* En esta *Evidencia de Cobertura,* **la llamamos "Lista de Medicamentos", para abreviar.**

Los medicamentos de esta lista están seleccionados por el plan 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 plan.

Los medicamentos de esta lista son aquellos que solamente están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 de este capítulo, se explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento de la lista siempre que usted cumpla con las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que *ya sea*:

- esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). (Es decir, la FDA ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o problema para el que fue recetado).
- -- *o* -- bien, está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son la Información de medicamentos de receta del servicio de farmacopea del Hospital Americano, el Sistema de información DRUGDEX y USPDI o su sucesor, y, para cáncer, la Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica o sus sucesores).

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, es tan eficaz como el medicamento de marca y, con frecuencia, el costo es inferior. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre algunos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para

obtener más información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

¿Qué *no* se incluye en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.

Sección 3.2 Existen cinco "niveles de costo compartido" en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos del plan figura en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

	Nivel de costo compartido	**Medicamentos incluidos en Nivel de costo compartido**
Nivel de costo compartido más bajo	1	Medicamentos genéricos preferidos
	2	Medicamentos genéricos
	3	Medicamentos de marca preferidos
	4	Medicamentos no preferidos
Nivel de costo compartido más alto	5	Medicamentos de especialidad

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la lista de medicamentos del plan.

La cantidad que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de Medicamentos?

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. (Tenga en cuenta: La Lista de Medicamentos que le proporcionamos incluye información de los medicamentos cubiertos más comúnmente usados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos impresa. Si uno de sus medicamentos no está enumerado en la Lista de Medicamentos, usted debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente para saber si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.christushealthplan.org). La Lista de Medicamentos que aparece allí siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicio al Cliente para averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Algunas reglas especiales restringen cómo y cuándo el plan cubre determinados medicamentos. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que mantiene su cobertura de medicamentos a costos más accesibles.

En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su problema médico y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de costo inferior sea médicamente tan efectivo como el medicamento de costo superior, las reglas del plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo inferior. Además, debemos cumplir con las reglas y reglamentos de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente implica que usted o su proveedor deberá tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que no se aplique la restricción para su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no la aplicación de la renuncia a la

restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre de la solicitud de excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede figurar más de una vez en su lista de medicamentos. Esto se debe a que diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicar en función de factores tales como la concentración, la cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg, una por día versus dos por día, tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones existen?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más eficaz. En las secciones siguientes le brindamos más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción a los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos. **En la mayoría de casos, cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca, cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado la razón médica por la cual el medicamento genérico no funcionará para usted o ha escrito "sin sustitutos" en la receta de un medicamento de marca o nos ha indicado que ni el genérico ni ningún otro medicamento cubierto que trata la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se llama "**autorización previa**." A veces, el requisito de obtener la aprobación anticipada ayuda en la consejería del uso correcto de determinados medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Primero pruebe un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B ambos sirven para tratar la misma afección médica, es posible que el plan requiera que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no le da resultados, entonces el plan cubrirá el

Medicamento B. Este requisito de probar primero con un medicamento distinto es denominado **"terapia escalonada**."

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos el monto del medicamento que puede recibir al limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome solo un comprimido por día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de un comprimido por día.

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener información más actualizada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o consulte nuestro sitio web (www.christusthealthplan.org).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente implica que usted o su proveedor deberá tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicio al Cliente para conocer lo que debería hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no se aplique la restricción para su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no la aplicación de la renuncia a la restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre de la solicitud de excepciones).

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

Sección 5.1 Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto dela forma que usted desearía

Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione de forma eficaz en su caso, Pero es posible que haya un medicamento recetado que usted está tomando actualmente o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar que no está en el Formulario o tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- Se cubre el medicamento, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura de dicho medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría exigir que pruebe primero un medicamento diferente para ver si es eficaz, antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. También podría haber límites en la cantidad de medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) que se cubre durante un período de tiempo en particular. En algunos casos, es posible que usted desee que no se aplique la restricción.
- El medicamento está cubierto, pero pertenece a un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que considera conveniente. El plan incluye todos los medicamentos cubiertos en uno de los cinco diferentes niveles de distribución de costos. Lo que deba pagar por su receta dependerá, en parte, del nivel de costo compartido en el que esté el medicamento.

Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que considera conveniente, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está incluido en la Lista de Medicamentos o si tiene restricciones de algún tipo?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Es posible que pueda recibir un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden recibir un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud de cobertura para el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede recibir un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no está en la Lista de Medicamentos o cuando está restringido de alguna forma. De esta manera, tendrá más tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir con los siguientes dos requisitos:

1. El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de Medicamentos del plan**.
- o-- el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna forma** (la Sección 4 de este capítulo le informa sobre estas restricciones).

2. Usted debe estar en alguna de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para los miembros nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para un máximo de 31 días. Si su receta es por menos días, vamos a permitir que varios surtidos que proporcionan hasta un máximo de suministro de 31 días de la medicación. La receta médica se debe dispensar en una farmacia de la red. (Tenga presente que las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar que se desperdicien).

- **Para los miembros que han permanecido en el plan durante más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  La primera provisión será para un máximo de 31 días, o menos si su receta médica es por menos días. Esto se agrega al suministro de transición de atención a largo plazo anterior.

- Si usted es un residente nuevo en un centro LTC, ha estado inscrito en nuestro plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestro Formulario o está sujeto a otras restricciones, tales como terapia escalonada o límites de cantidad (dosis limitadas), cubriremos un suministro temporal de emergencia para 31 días de dicho medicamento (a menos que la receta sea por menos días) mientras el miembro presenta una excepción al formulario. Las excepciones están disponibles en situaciones en las que usted experimenta un cambio en el nivel de atención que está recibiendo y que también requiere su transferencia de un centro de tratamiento a otro. En tales circunstancias, usted

sería elegible para un surtido excepcional, único y temporal, incluso si está fuera los primeros 90 días como miembro del plan. Tenga en cuenta que nuestras políticas de transición aplican a aquellos medicamentos de la "Parte D" y que se adquieren en una farmacia de la red. La política de transición no puede aplicarse para comprar un medicamento que no sea de la Parte D o un medicamento fuera de la red, a menos que usted califique para acceso fuera de la red.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo en que recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan de salud o solicitarle al plan que realice una excepción y cubra su medicamento actual. En las siguientes secciones encontrará más información sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento.

En primer lugar, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría ser igualmente eficaz en su caso. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema de salud. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para su caso. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que realice una excepción y cubra el medicamento de la forma en que usted desearía que fuera cubierto. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitarle al plan que cubra un medicamento aunque este no esté incluido en la Lista de Medicamentos del plan. También puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y el medicamento que está tomando será retirado del formulario o restringido en forma alguna para el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le informaremos de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año entrante. Usted puede pedir una excepción antes del año entrante y le contestaremos dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de su recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se indica lo que debe hacer. Esta sección indica lo que debe hacer y se explican los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento figura en un nivel de costo compartido que usted considera que es muy elevado?

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

Puede cambiar a otro medicamento.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, en primer lugar hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría ser igualmente efectivo para su caso. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema de salud. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para su caso. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se indica lo que debe hacer. Esta sección indica lo que debe hacer y se explican los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

Los medicamentos en nuestro nivel 5 (medicamentos especiales) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de 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 se produce al comienzo de cada año (1 de enero). No obstante, durante el año, el plan podría realizar muchos tipos de cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de Medicamentos**. Hay nuevos medicamentos disponibles, incluso nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno

haya dado la aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. En algunas ocasiones, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O es posible que quitemos un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.

- **Cambiar medicamentos a un nivel superior o inferior de costo compartido**.
- **Agregar o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

Información acerca de los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se hacen cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, publicamos en nuestro sitio web la información acerca de dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de Medicamentos en línea de manera regular para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, indicaremos las ocasiones en las que usted recibirá un aviso directo si se hacen cambios a un medicamento que está tomando. Puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios en la cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Estos cambios pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, se verá afectado por el cambio en la cobertura durante el año actual:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo, que aparecerá en el mismo o en un nivel de costo compartido más bajo con las mismas o con menos restricciones. Además, al agregar un medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero cambiarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.
    - Podemos no avisarle con anticipación antes de que hagamos el cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca.

- Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que realice una excepción y continúe brindándole la cobertura de su medicamento de marca. Si desea obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).*
- Si usted está tomando un medicamento de marca al momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos la información acerca del cambio específico que se hizo. Esto incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.

Medicamentos que son inseguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos son retirados del mercado

- De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se ha encontrado que es inseguro o se retira del mercado por otra razón. En este caso, retiraremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando dicho medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
- Su proveedor también conocerá este cambio, y puede trabajar junto a usted para encontrar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios en los medicamentos en la Lista de Medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que el año haya empezado y que afectan los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podemos hacer cambios basados en las etiquetas de advertencia de la FDA o en nuevos lineamientos clínicos reconocidos por Medicare. Debemos darle un aviso con al menos 31 días de antelación o darle un nuevo surtido para 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Durante este período de 30 días, debe analizar junto con su proveedor el cambio a un medicamento diferente que cubramos.
  - O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que realice una excepción y continúe brindándole la cobertura de su medicamento. Si desea obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).*

Cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que los toman actualmente: Para cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente, si usted está tomando actualmente el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si usted permanece en el plan.

- Cambiamos el medicamento a un nivel superior de costo compartido.
- Imponemos una nueva restricción para el uso del medicamento.
- Agregamos o retiramos medicamentos de la Lista de Medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (pero no debido a retiro del mercado, reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio enumerado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su distribución de costos hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no note ningún incremento en sus pagos ni restricciones adicionales en el uso del medicamento. Usted no recibirá un aviso directo acerca de estos cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán y es importante verificar la Lista de Medicamentos del próximo año para conocer los cambios a los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se indican los tipos de medicamentos recetados que están “excluidos.” Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que están excluidos, usted debe pagarlos. No pagaremos por los medicamentos que se indican en esta sección. La única excepción: Si después de una apelación se comprueba que el medicamento solicitado es un medicamento no excluido en la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

A continuación, se detallan tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

- Nuestro plan de medicamentos de la Parte D no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por las Partes A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- En lo general, nuestro plan no cubre el uso no indicado en la etiqueta. El “uso no indicado en la etiqueta” es cualquier uso del medicamento distinto a los usos indicados en el prospecto del medicamento según la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
    - En general, la cobertura de los “usos no -indicado en la etiqueta” se permite solo en casos en los que el uso esté respaldado por determinados libros de referencia.

Estos libros de referencia son: (Estos libros de referencia son la Información de medicamentos de receta del servicio de farmacopea del Hospital Americano, el Sistema de información DRUGDEX y USPDI o su sucesor, y, para cáncer, la Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica o sus sucesores). Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir el "uso no- indicado en la etiqueta."

Además, según lo exige la ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos que se usan para el alivio de la tos o los síntomas del resfrío
- Medicamentos que se usan con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de control se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

Si recibe "Ayuda Adicional" para el pago de sus medicamentos, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Llame al programa estatal de Medicaid para saber qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid están en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando adquiera medicamentos recetados

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía

Para surtir medicamentos recetados, presente su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando usted presenta su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente factura al plan *nuestra* parte del costo del medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo al retirar su medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva la tarjeta de membresía?

Si no lleva la tarjeta de membresía del plan al momento de adquirir su medicamento recetado, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar la totalidad del costo del medicamento cuando lo retire.** (Posteriormente puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle al plan un reembolso).

SECCIÓN 9 La cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una hospitalización cubierta por el plan?

Si ingresa un hospital o centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la hospitalización. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección, donde se informan las reglas para recibir la cobertura de medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*), se proporciona más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga en cuenta: Al ingresar, vivir en un centro de enfermería especializada, o retirarse de él, usted tiene derecho a un Período de Inscripción Especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cómo poner fin a su membresía en el plan*, le informa cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en un plan Medicare diferente).

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

Por lo general, los centros de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia de ancianos) tienen su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así o si usted necesita más

información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no se encuentra en la Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su inscripción. El suministro total será para un máximo de 31 días o menos, si su receta médica es por menos días. (Tenga presente que las farmacias de atención a largo plazo (LTC) pueden proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar que se desperdicien). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra lista, o si el plan tiene alguna restricción para la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta es por menos días.

Durante el tiempo en que recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría ser igualmente eficaz en su caso. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que realice una excepción y cubra el medicamento de la forma en que usted desearía que fuera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se indica lo que debe hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos a través de un empleador o un plan de grupo de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de un empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con el **administrador de beneficios de dicho grupo**. Le puede ayudar a determinar cómo funciona su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si está empleado actualmente, la cobertura de medicamentos recetados que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo de su empleador o del grupo de jubilados. Esto significa que la cobertura grupal pagará primero.

Nota especial sobre 'cobertura acreditable':

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el año siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura de su plan grupal es “**acreditable”**, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estas notificaciones sobre la cobertura acreditable, ya que es posible que las necesite posteriormente. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable por parte del plan grupal de su empleador o grupo de jubilados, puede solicitarle una copia al empleador, al sindicato o al administrador de beneficios del plan de dicho empleador o grupo de jubilados.

Sección 9.4 ¿Qué pasa si se encuentra en un centro de Cuidados Paliativos certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por cuidado paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere un medicamento contra náuseas, laxante, analgésico o ansiolítico no cubierto por su hospicio debido a que no tiene relación con su enfermedad en fase terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación del recetador o su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. A fin de evitar demoras en el recibo de cualquier medicamento no relacionado que debe estar cubierto por nuestro plan, usted puede pedir a su proveedor de cuidados paliativos o recetador que se asegure que tengamos la notificación que el medicamento no está relacionado antes de que usted pida a la farmacia que despache su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o se le dé de alta del hospicio nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. A fin de evitar cualquier demora en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, usted debe llevar documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que dan información sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos recetados bajo lo dispuesto en la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda información adicional sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura

Llevamos a cabo revisiones de uso de medicamentos de nuestros miembros para ayudar a garantizar que obtienen atención médica segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted compra un medicamento recetado. Además, realizamos una revisión de nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicación.

- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios dado que ya toma otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que contienen ingredientes a los cuales es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

Si observamos un posible problema en su uso de medicamentos, lo analizaremos junto con su médico para corregir el problema.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta u otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso que haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que usted corre riesgo de usar inadecuadamente o incorrectamente sus medicamentos opioides o benzodiacepinas, podemos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos. Estas limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta en una farmacia.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta de un médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por anticipado. La carta tendrá información que explicará las condiciones de las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. También tendrá una oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de usar incorrectamente los medicamentos con receta o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

El DMP puede no aplicarse a su caso si usted tiene determinadas afecciones, como cáncer, o si recibe atención en un hospicio o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programas de administración de terapias con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con situaciones especiales. Por ejemplo, algunos miembros padecen diversas afecciones complejas o necesitan tomar varios medicamentos a la vez, o podrían tener costos de medicamentos muy elevados.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un grupo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a asegurar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa recibe el nombre de Administración de Terapias con Medicamentos (MTM). Algunos miembros que toman varios medicamentos para distintas enfermedades podrían ser elegibles. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le entregarán un informe integral de todos sus medicamentos. Puede consultar acerca de la mejor forma de tomar sus medicamentos, los costos o sobre cualquier otro problema que tenga acerca de sus medicamentos de receta o de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de este análisis. El resumen tiene un plan de acción para medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos, con espacio para que tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que está tomando y el motivo por el cual los toma.

Es una buena idea para programar su revisión de la medicación antes de su visita anual "Bienestar", así que usted puede hablar con su médico sobre su plan de acción y la lista de medicamentos. Traiga su plan de acción y la Lista de Medicamentos con usted para su visita o en cualquier momento de hablar con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su Lista de Medicamentos con usted (por ejemplo con su identificación), si usted va al hospital o sala de emergencia.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, por favor, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Capítulo 6

Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 132

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican la cobertura de medicamentos ... 132

Sección 1.2 Tipos de gastos a su cargo que puede pagar por los medicamentos cubiertos ... 133

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago del medicamento" en la que usted se encuentra al recibir el medicamento ... 133

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de CHRISTUS Health Plan Generations Plus? ... 133

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra ... 135

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado la "Explicación de Beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D") ... 135

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos ... 135

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 4 y 5 ... 136

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado una cantidad de $150 *por* sus medicamentos de los niveles 4 y 5 ... 136

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde de sus medicamentos y usted paga su parte ... 137

Sección 5.1 Lo que usted paga por su medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta ... 137

Sección 5.2 La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento para *un mes* ... 138

Sección 5.3 Si su médico no le receta el total de suministros para un mes completo, usted puede no tener que pagar el costo del suministro total del mes ... 140

Sección 5.4 La tabla muestra sus costos para un suministro a *largo plazo* de un medicamento de 90 días ... 140

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus costos de medicamentos del año alcance los $3,820 ... 142

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Intervalo de Cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 37% de los costos de los medicamentos genéricos 142

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Intervalo de Cobertura hasta que los gastos de bolsillo lleguen a $5,100 142

Sección 6.2 ¿Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por los medicamentos con receta médica? 143

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 145

Sección 7.1 Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 145

SECCIÓN 8 Información acerca de los beneficios adicionales 145

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 145

SECCIÓN 9 Lo que usted debe pagar por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe 146

Sección 9.1 Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna 146

Sección 9.2 Puede llamarnos a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna 148

¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con bajos recursos a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen el Programa de "Ayuda Adicional" y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. Si desea obtener información adicional, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D posiblemente no se aplique a usted.** Le enviamos la información por separado, llamada "Cláusula de la evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también conocida como "Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés)" o cláusula LIS) que le informa sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene esta información, llame a Servicio al Cliente y solicite el "Cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican la cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos el término "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están incluidos en la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por las Partes A o B de Medicare, y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer conceptos básicos sobre los medicamentos cubiertos, dónde presentar las recetas y qué reglas debe seguir al recibir sus medicamentos cubiertos. Los siguientes materiales le explican estos conceptos básicos:

- **El plan tiene una *"Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)."*** Para simplificar, la llamamos "Lista de Medicamentos."
  - Esta Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos.
  - Además, le indica en cuál de los cinco "niveles de costo compartido" se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción a la cobertura del mismo.
  - Si necesita una copia de la lista de medicamentos, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). También

puede encontrar información en nuestro sitio web www.christushealthplan.org. La Lista de Medicamentos que aparece allí siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5, se proporcionan los detalles de la cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir al recibir sus medicamentos recetados. El capítulo 5 detalla, además los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener los detalles). El *Directorio de Proveedores y Farmacias* incluye una lista de las farmacias que pertenecen a la red del plan. También le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro de un medicamento a largo plazo (por ejemplo, surtir una receta para un suministro por tres meses).

Sección 1.2 Tipos de gastos a su cargo que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Para comprender la información de este capítulo acerca de los pagos, debe conocer los tipos de gastos a su cargo que puede pagar por los servicios cubiertos. La cantidad que usted paga se denomina “distribución- de costos” y son tres las formas de pago en las que se le puede pedir que pague.

- El **“deducible”** es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta médica.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que usted se encuentra al recibir el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de CHRISTUS Health Plan Generations Plus?

Como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en CHRISTUS Health Plan Generations Plus. La cantidad que paga por un medicamento depende de la etapa en que usted se encuentra al momento de recibir un suministro o una reposición del medicamento. Tenga en cuenta que usted siempre es responsable de pagar la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

Etapa 1 *Etapa de Deducible Anual*	**Etapa 2** *Etapa de Cobertura Inicial*	**Etapa 3** *Etapa de Intervalo de Cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de Cobertura Catastrófica*
Esta etapa comienza cuando usted compra su primera receta en el año. Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de los niveles 4 y 5. Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado $150 para sus medicamentos de los niveles 4 y 5 ($150 es la cantidad de su deducible para los niveles 4 y 5). (Los detalles están en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo compartido de los medicamentos de los niveles 1, 2 y 3 y **usted paga su parte del costo**. Después de que usted (u otros en su nombre) cumplan con su deducible de los niveles 4 y 5, el plan paga su parte del costo de los niveles 4 y 5 y usted paga su parte. Permanece en esta etapa hasta que los **“costos totales de medicamentos”** del año hasta la fecha alcancen un total de $3,820. (Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio para los medicamentos de marca, (además de una parte de la tarifa de suministro) y el 37% del precio de los medicamentos genéricos. Permanece en esta etapa hasta que los del año hasta la fecha **“gastos de bolsillo”** (sus pagos) alcancen un total de $5,100. Este monto y las reglas para contar los costos hacia esta cantidad han sido establecidos por Medicare. (Los detalles están en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan paga la mayor parte del costo** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2019). (Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado la "Explicación de Beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D")

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realizó al surtir sus recetas o recibir una reposición en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuándo pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos que registramos:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado usted. Esto se denomina **"gastos de bolsillo".**
- Llevamos un registro de sus **"costos totales de medicamentos"**. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado la *Explicación de la Parte D de Beneficios* (a veces se llama la "EOB de la Parte D") cuando haya surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

- **La información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pagos de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como información "anual hasta la fecha". Indica el costo total de los medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde principios de año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Presente su tarjeta de membresía cuando compre sus medicamentos recetados.** Para asegurarse de que sepamos acerca de las recetas que surte y lo que paga, presente su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga sus medicamentos.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** En ocasiones, es posible que tenga que pagar sus medicamentos recetados cuando no recibamos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de los gastos a su cargo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos a su cargo, puede enviarnos copias de los recibos de los

medicamentos que haya comprado. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Estos son algunos tipos de situaciones en las que posiblemente desee proporcionarnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de sus gastos en medicamentos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando realizó un copago por medicamentos proporcionados dentro del programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
- Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo y lo ayudan a ser elegible para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica, un programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos a su cargo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos registrar los costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D“) por correo, revísela para asegurarse que la información esté completa y correcta. Si cree que falta algo en el informe, o si tiene alguna pregunta, por favor llámenos a Servicio al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 4 y 5

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado una cantidad de $150 *por* sus medicamentos de los niveles 4 y 5

La Etapa de Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de $150 por medicamentos de los niveles 4 y 5. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos de los niveles 4 y 5** hasta que alcance la cantidad deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, usted no tendrá que pagar ningún deducible y empezará a recibir cobertura inmediatamente.

- Su "**costo total**" es, por lo general, más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es la cantidad que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que usted paga $150 por sus medicamentos de los niveles 4 y 5, sale de la Etapa de Deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por su medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde por sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga la parte que a usted le corresponde (su copago o la cantidad de coseguro). La parte del costo que le corresponde variará según el medicamento y el lugar donde surte su receta.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos del plan figura en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo del medicamento:

	Nivel de costo compartido	**Medicamentos incluidos en Nivel de costo compartido**
Nivel de costo compartido más bajo	1	Medicamentos genéricos preferidos
	2	Medicamentos genéricos
	3	Medicamentos de marca preferidos
	4	Medicamentos no preferidos
Nivel de costo compartido más alto	5	Medicamentos de especialidad

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted debe pagar por un medicamento depende del lugar donde lo obtiene:

- Una farmacia de venta al por menor que está en la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan.
- Una farmacia por correo del plan

Si desea obtener información adicional sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2 La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento para *un mes*

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, la parte del costo que deberá pagar por un medicamento cubierto será un copago o coseguro.

- **"Copago"** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta médica.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Como se muestra en la siguiente tabla, la cantidad del copago o el coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre el medicamento. Tenga en cuenta:

- Si sus medicamentos recetados cubiertos cuestan menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Usted pagará *ya sea* el precio total del medicamento, *o* bien la cantidad del copago, *lo que sea menor*.

- Cubrimos recetas médicas en farmacias que no pertenecen a la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta médica en una farmacia que no pertenece a la red.

La parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D de:

	Minorista de costo compartido estándar (dentro de-la red) (hasta un suministro de 31 días)	**Costo compartido para pedidos por correo** (hasta un suministro de 31 días)	**Costo compartido para centro LTC** (hasta un suministro de 34 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5). (hasta un suministro de 31 días)
Nivel 1 de costo compartido: (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $4	Copago de $4	Copago de $4	Copago de $4
Nivel 2 de costo compartido: (Medicamentos genéricos)	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10
Nivel 3 de costo compartido: (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $35	Copago de $35	Copago de $35	Copago de $35
Nivel 4 de costo compartido: (Medicamentos no preferidos)	Copago de $90	Copago de $90	Copago de $90	Copago de $90
Nivel 5 de costo compartido: (Medicamentos de especialidad)	Coseguro de 29%.	Coseguro de 29%.	Coseguro de 29%.	Coseguro de 29%.

Sección 5.3 Si su médico no le receta el total de suministros para un mes completo, usted puede no tener que pagar el costo del suministro total del mes

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo su médico puede prescribirle menos de un suministro mensual de medicamentos. Sin embargo su médico puede prescribirle menos de un suministro mensual de medicamentos. Puede haber ocasiones en las que desee preguntarle a su médico sobre la prescripción de menos de suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando se están tratando de un medicamento para la primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico está de acuerdo, usted no tendrá que pagar por el suministro de todo el mes para ciertos medicamentos.

La cantidad que usted paga cuando recibe menos de un mes completo de suministro, depende de si usted es responsable de pagar coseguro (un porcentaje de los costos totales) o un copago (una cantidad fija en dólares).

- Si usted es responsable de coseguros, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para el suministro del mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de los medicamentos será menor si usted recibe un menor suministro mensual de medicamentos, la cantidad que pague será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días en que reciba su medicamento. Calcularemos la cantidad total que usted paga por su medicamento por día (la “tasa diaria de distribución de costos’’) y la multiplicaremos por el número de días en que usted reciba el medicamento.
    - Este es un ejemplo: Supongamos que el copago por el medicamento por el suministro de un mes completo (un suministro de 31 días), es $31. Esto significa que la cantidad que paga a diario por el medicamento es $1. Si usted recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de $7.

La distribución de costos diaria le permite asegurarse de que un medicamento haga efecto antes de pagar el suministro de un mes completo. También puede pedir a su médico que recete, y su farmacéutico que despache menos que un suministro de un mes completo de un medicamento o medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor la fecha de renovación para las distintas recetas, para que pueda hacer menos visitas a la farmacia. El monto que paga dependerá del número de días de suministro que reciba.

Sección 5.4 La tabla muestra sus costos para un suministro a *largo plazo* de un medicamento de 90 días

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como “suministro extendido”) al surtir su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro

de 90 días. (Si desea obtener detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento de 90 días.

- Tenga en cuenta: Si sus medicamentos recetados cubiertos cuestan menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Usted pagará *ya sea* el precio total del medicamento, *o* bien la cantidad del copago, *lo que sea menor*.

La parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe un suministro a *largo-plazo* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D de:

	Costo compartido-estándar minorista (dentro de-la red) (hasta un suministro de 90 días)	**Costo compartido para pedidos-por correo** (hasta un suministro de 90 días)
Nivel 1 de costo compartido: (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $12	Copago de $0
Nivel 2 de costo compartido: (Medicamentos genéricos)	Copago de $30	Copago de $0
Nivel 3 de costo compartido: (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $105	Copago de $70
Nivel 4 de costo compartido: (Medicamentos no preferidos)	Copago de $270	Copago de $180
Nivel 5 de costo compartido: (Medicamentos de especialidad)	Coseguro de 29%.	Coseguro de 29%.

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus costos de medicamentos del año alcance los $3,820

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos de recetados que adquirió y renovó alcance el **límite de $3,820 de la Etapa de Cobertura Inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted pagó y lo que pagó cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la sección 6.2 para más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo). Esto incluye:
  - Los $150 que pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible.
  - El total que pagó como su parte correspondiente del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan pagó** como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en algún momento durante el 2019, la cantidad que el plan pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial también se tiene en cuenta para sus costos totales de medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de cuánto gastaron usted y el plan, así como terceros, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $3,820 en un año.

Si usted alcanza el monto de $3,820, se lo comunicaremos. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Intervalo de Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Intervalo de Cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 37% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Intervalo de Cobertura hasta que los gastos de bolsillo lleguen a $5,100

Cuando usted se encuentra en la Etapa de Intervalo de Cobertura, el Programa de Descuentos de Medicare para dicho período proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Por los medicamentos de marca, usted paga el 25% del precio negociado más una porción de la tarifa de dispensación. La cantidad que usted paga y la cantidad descontada por el fabricante se tienen en cuenta para sus gastos de bolsillo como si usted las hubiera pagado y lo ayudan a pasar la Etapa de Intervalo de Cobertura.

También recibirá alguna cobertura de medicamentos genéricos. Usted no paga más del 37% del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (63%) no cuenta para los gastos de bolsillo. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y lo ayuda a pasar la Etapa de Intervalo de Cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 37% del costo por los medicamentos genéricos hasta que el total anual de los pagos a su cargo alcancen la cantidad máxima establecida por Medicare. Para el año 2019, esa cantidad es de $5,100.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos de bolsillo. Cuando alcanza el límite de gastos a su cargo de $5,100, pasa de la Etapa de Intervalo de Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2 ¿Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por los medicamentos con receta médica?

Aquí están las reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de sus gastos de bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos <u>están incluidos</u> en los gastos de su bolsillo

Cuando usted suma sus gastos de bolsillo, **<u>usted puede incluir</u>** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- La cantidad que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago:
  - La Etapa de Deducible.
  - La Etapa de Cobertura Inicial.
  - La Etapa de Intervalo de Cobertura
- Cualquier pago que realizó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si realiza los pagos **usted mismo**, estos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los realizan a su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica aprobado por Medicare, o el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos hechos por el Programa "Ayuda Adicional" de Medicare también están incluidos.

- Algunos de los pagos hechos por el Programa de Descuentos de la Etapa de Intervalo de Cobertura de Medicare. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluido. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Pasando a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) haya gastado un total de $5,100 en gastos de su bolsillo en un año calendario, pasará de la Etapa de Intervalo de Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los gastos de su bolsillo

Cuando usted suma sus costos de su propio bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados

- La cantidad que usted paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos no incluidos en la Parte D, incluyendo medicamentos recetados cubiertos por las Partes A o B y otros medicamentos excluidos en la cobertura de Medicare.
- Pagos hecho por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por el plan de Medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa de Intervalo de Cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupal incluyendo planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos que realizan algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus gastos directos de su bolsillo por medicamentos, usted tiene la obligación de notificar a nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus gastos de bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo (la Sección 3 en este capítulo describe este informe). Cuando alcance el límite de gastos de bolsillo de $5,100 por el año, el resumen le dirá que pasa de la Etapa de Intervalo de Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para ayudar a asegurarse de que nuestro registro de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Calificará para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de $5,100 para el año calendario. Una vez que se encuentra en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos.

- **Su distribución de costos por** un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor:*
  - *Puede ser* un coseguro del 5% del costo del medicamento.
  - – *o* – $3.40 por un medicamento genérico o un medicamento que se considere como genérico y $8.50 para todos los otros medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Información acerca de los beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

CHRISTUS Health Plan Generations Plus ofrece un beneficio de farmacia para productos de venta libre además de los beneficios de la Parte D que se describen este capítulo. Este beneficio permite el reembolso de hasta $100 cada 3 meses por medicamentos de venta libre incluidos en el Formulario de venta libre de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, que se pueden adquirir sin receta.

Para obtener el reembolso, usted debe presentar los recibos de los medicamentos de venta libre calificados como se explica a continuación, antes de 30 días después del fin del trimestre.

1.) Guarde los recibos de los medicamentos calificados, incluyendo aquellos del Formulario de venta libre.

2.) Complete el formulario de reembolso de OTC para los miembros de CHRISTUS Health Plan Generations Plus. Este formulario está incluido en el Formulario de venta libre o puede encontrarlo en línea en www.christushealthplan.org.

3.) Envíe los recibos originales y el formulario completo de reembolso de OTC para los miembros de CHRISTUS Health Plan Generations Plus a:

CHRISTUS Health Plan Generations Plus
Dirigido a: Reclamos y reembolsos para miembros
919 Hidden Ridge Drive
Irving, TX 75038

	Período de tiempo	Plazo de entrega	Límite
Primer trimestre	Enero – Marzo 2019	30 abril de 2019	$100
Segundo trimestre	Abril – Junio 2019	30 de julio de 2019	$100
Tercer trimestre	Julio – Septiembre 2019	30 de octubre de 2019	$100
Cuarto trimestre	Octubre – Diciembre 2019	30 de enero de 2020	$100

SECCIÓN 9 Lo que usted debe pagar por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe

Sección 9.1 Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna

Nuestro plan proporciona cobertura para una cantidad de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para conocer acerca de la cobertura de dichas vacunas, puede consultar el Cuadro de Beneficios Médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D.

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el **costo de la aplicación de la vacuna**. (En ocasiones, esto se conoce como la “administración” de la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres factores:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se lo vacuna).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para conocer acerca de la cobertura de estas vacunas, consulte el Capítulo 4 *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga*).
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde recibe el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le aplica la vacuna.**

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- En ocasiones, cuando recibe una vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y la aplicación de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.
- En otras ocasiones, al recibir el medicamento de la vacuna o la aplicación de la vacuna, solamente pagará la parte del costo que le corresponde.

Para ver cómo funciona esto, a continuación le presentamos tres formas comunes de obtener una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con vacunas (incluyendo la administración) durante la Etapa de Deducible y la Etapa de Intervalo de cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le aplican la vacuna en la farmacia de la red. (Puede tener esta alternativa según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren las vacunas).

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de la aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Al recibir la vacuna, usted pagará el costo completo de la vacuna y la administración.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de los medicamentos cubiertos).*

- Se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos su copago o coseguro normal por la vacuna (incluyendo la aplicación) menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si recibe "Ayuda Adicional", le reembolsaremos esa diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio del médico para que se la administre.

- Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago o coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará la cantidad que el médico le cobre por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda Adicional", le reembolsaremos esa diferencia).

Sección 9.2 Puede llamarnos a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna

Las reglas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos para ayudarlo. Le recomendamos que llame primero a Servicio al Cliente siempre que planifique obtener una vacuna. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle sobre cómo su vacuna está cubierta por nuestro plan y explicarle su parte del costo.
- Podemos informarle de qué manera puede mantener sus propios costos reducidos mediante el uso de proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para recibir nuestro pago de la parte del costo que nos corresponde.

Capítulo 7

Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos 151

Sección 1.1 Si paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 151

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida 153

Sección 2.1 Cómo y dónde enviar su solicitud de pago 153

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos 154

Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto le debemos 154

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atención médica o el medicamento, puede realizar una apelación 155

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias 155

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de bolsillo por medicamentos 155

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

En ocasiones, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otros casos, puede descubrir que pagó más de lo que esperaba de acuerdo con las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el pago (esta devolución suele llamarse “reembolso”). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado más que su distribución de costos por los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan.

También puede suceder que reciba la factura de un proveedor por el costo total de los servicios médicos que recibió. En muchos casos, debe enviarnos la factura en lugar de pagarla usted mismo. Examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de situaciones en que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse un pago o que pague una factura recibida:

1. **Cuando usted ha recibido atención médica urgente o de emergencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Puede recibir servicios de emergencia por parte de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca o no a nuestra red. Cuando recibe servicios médica de urgencia o de emergencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted es responsable de pagar solamente la parte del costo que le corresponde, no el costo total. Debe solicitarle al proveedor que le facture al plan la parte del costo que nos corresponde.

   - Si usted paga la cantidad total al momento de recibir la atención médica, debe solicitarnos el reembolso del pago de la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
   - En ocasiones, puede recibir una factura del proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
     - Si le debe dinero al proveedor, le pagaremos directamente a él.
     - Si ya pagó más de la parte que le corresponde por el costo del servicio, determinaremos cuánto le debemos y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y solo solicitarle a usted la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces pueden cometer errores y solicitarle que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan de salud. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado denominados “facturación de saldos.” Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de sus costos compartidos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que proveedor cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldos”, consulte el Capítulo 4, Sección 1.4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red por una cantidad mayor de lo que usted cree que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos este problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que le pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado y solicítenos el reembolso de la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debía según el plan.

3. Si se inscribe de manera retroactiva en nuestro plan.

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Incluso la fecha de inscripción puede haber sido el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios y medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. Deberá enviarnos la documentación necesaria para que gestionemos el reembolso.

Por favor, llame a Servicio al Cliente para obtener información adicional acerca de cómo solicitarnos el reembolso y las fechas límites para presentar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

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

Si intenta utilizar su tarjeta de membresía en una farmacia fuera de la red para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total de la receta. (Cubrimos recetas que se surten en farmacias que no pertenecen a la red solo en algunas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Guarde el recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no lleva su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva su tarjeta de membresía del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o consulte su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción necesaria en ese momento, posiblemente deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

Guarde el recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

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

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta médica porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo en particular.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, o que exista un requisito o restricción que usted desconocía o creía que no se aplicaba a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*), se incluye información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida

Sección 2.1 Cómo y dónde enviar su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Le recomendamos que haga una copia de la factura y los recibos para conservarla en sus registros.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.christushealthplan.org) o llamar a Servicio al Cliente y solicitar el formulario. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos a esta dirección:

Reclamaciones Médicas
CHRISTUS Health Plan Generations
Dirigido a: Reclamaciones
P.O. Box 981651
El Paso, TX 79998-1651

Reclamaciones de medicamentos
Express Scripts
Dirigido a Reclamaciones de Medicamentos de la Parte D
P.O. Box 2858
Clinton, IA 52733-2858

Debe presentar su solicitud en un plazo de tres años a partir de la fecha en que recibió el servicio, ítem o medicamento.

Llame a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). Si desconoce la cantidad que debería haber pagado o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos para proporcionarnos información adicional relacionada con una solicitud de pago que ya nos envió.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos

Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto le debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted cumplió con todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, enviaremos por correo el pago correspondiente directamente al proveedor. (En el Capítulo 3, se explican las reglas que debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos. En el Capítulo 5, se explican las reglas que debe cumplir para obtener los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* está cubierto, o que usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. En su lugar, le enviaremos una carta para explicarle los motivos por los cuales no le enviamos el pago solicitado y su derecho a apelar esta decisión.

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

Si realiza una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago. Presentar una apelación significa pedirnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si es la primera vez que realiza una apelación, le resultará útil leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una introducción donde se explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos como “apelación.” Después de leer la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 9 donde se indica qué debe hacer en su situación:

- Si desea realizar una apelación acerca del reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea realizar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de bolsillo por medicamentos

Existen situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita un pago. Por el contrario, nos informa sobre sus pagos de manera que podamos calcular correctamente los gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con mayor rapidez.

A continuación, se presentan dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos:

1. **Cuando adquiere el medicamento por un precio inferior al nuestro**

   En ocasiones, cuando usted se encuentra en la Etapa de Deducible y la Etapa de Intervalo de cobertura, usted puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio que es menor a nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer el medicamento a un precio especial. O bien, usted puede tener una tarjeta de descuento independiente de nuestro beneficio, que le permite obtener un precio menor.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, en estos casos debe utilizar una farmacia de la red, y el medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de Medicamentos.
- Guarde el recibo y envíenos una copia para tomarlo en cuenta como gasto a su cargo y a fin de que pueda ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Si se encuentra en la Etapa de Deducible y en la Etapa de Intervalo de cobertura, no pagaremos ninguna distribución de costos por estos medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, podremos calcular correctamente los gastos de bolsillo y ayudarlo a calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica con mayor rapidez.

2. Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de ayuda al paciente que ofrece el fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de ayuda al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de ayuda al paciente.

- Guarde el recibo y envíenos una copia para tomarlo en cuenta como gasto a su cargo y a fin de que pueda ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Como obtiene su medicamento a través del programa de ayuda al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de los medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, podremos calcular correctamente los gastos de bolsillo y ayudarlo a calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica con mayor rapidez.

Dado que no solicita un pago en ninguno de los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede realizar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 159

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.). 159

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento 159

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que reciba sin demora sus servicios y medicamentos cubiertos 160

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud 160

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos 161

Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 163

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado 165

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos? 165

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos 166

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 166

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 166

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).

Para obtener información acerca de nosotros de una manera que le resulte útil, por favor llame a Servicio al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos y disponibles para responder las preguntas de los miembros discapacitados y de aquellos que no hablan inglés. Asimismo, le podemos brindar la información en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin ningún costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información acerca de nosotros de una manera que le resulte útil, por favor llame a Servicio al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto) o puede llamar a nuestro Coordinador de Derechos Civiles,

Gregory J. Ehardt, JD, LL.M.
CHRISTUS Health Civil Rights Coordinator
919 Hidden Ridge, Irving, TX 75038
Teléfono: 469-282-2276
Fax: 210-766-9468
CHRISTUS.CivilRights@christushealth.org

Si tiene algún inconveniente para obtener la información de su plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame a Servicio al Cliente para presentar una queja los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto). Usted también puede presentar una queja en Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta *Evidencia de Cobertura* o en este correo, o puede contactar a Servicio al Cliente para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a las personas por su raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de seguros o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Para obtener más información o si tiene dudas sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights)** del Departamento de Servicios de Salud y Humanos (Department of Health and Human Services) al 1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y requiere asistencia para acceder al cuidado de salud, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que reciba sin demora sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red del plan que proporcione y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 le proporciona más información). Llame a Servicio al Cliente para averiguar qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). Además, tiene derecho a ir con un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de un referido.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y recibir los servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener sin demora los servicios de especialistas cuando necesita ese tipo de atención. Además, tiene derecho a surtir o recibir una reposición de sus recetas en cualquier farmacia de la red sin grandes demoras.

Si considera que no recibe la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D dentro un plazo razonable, en la Sección 10 del Capítulo 9 encontrará información sobre lo que puede hacer. (Si rechazamos la cobertura de su atención médica o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 9 encontrará información sobre lo que puede hacer).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud, tal como lo exigen estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en el plan, así como los registros médicos y otros datos médicos y relacionados con su salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y los métodos para controlar la manera en que se utiliza su información de salud. Le proporcionamos un aviso por escrito llamado “Aviso sobre Prácticas de

Privacidad" que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus registros.
- En la mayoría de los casos, si revelamos su información de salud a una persona que no le proporciona servicios médicos ni paga por su atención, *debemos obtener primero su permiso por escrito*. El permiso por escrito lo puede proporcionar usted o alguien que tenga poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Existen excepciones en las que no es necesario que obtengamos primero su permiso por escrito. Dichas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Por ejemplo, debemos divulgar su información de salud a los organismos del gobierno que controlan la calidad de la atención médica.
    - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a darle a Medicare su información de salud. Si Medicare publica su información para investigación o para otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

Puede ver la información que figura en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas

Tiene derecho a revisar sus registros médicos mantenidos en el plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por sacar las copias. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos datos o hagamos correcciones en sus registros médicos. Si usted lo solicita, lo analizaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar estos cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se divulgó a terceros su información de salud por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, usted tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nosotros. (Como se explica anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted. Esto incluye recibir la información en idiomas diferentes al inglés, en letra grande o en otros formatos alternativos).

Si usted desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto):

- Información sobre el plan Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y los índices de rendimiento del plan, las calificaciones que otorgaron los miembros, y comparaciones con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de la red.**
    - Por ejemplo, tiene derecho a que le enviemos información sobre los títulos de los proveedores, las farmacias de la red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
    - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.
- **Información sobre la cobertura y las reglas que debe cumplir al utilizarla.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos los servicios médicos que están cubiertos, las restricciones para su cobertura y las reglas que debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos.
    - Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto y la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan de salud. Estos capítulos, junto con *la lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, le indican qué medicamentos están cubiertos, le explican las reglas que debe cumplir y le especifican las restricciones para la cobertura de determinados medicamentos.
    - Si tiene alguna pregunta sobre las reglas o restricciones, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
    - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a obtener esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento por parte de una farmacia o proveedor fuera de la red.
    - Si no está satisfecho o no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura de los servicios médicos o medicamentos de la Parte D, tiene derecho a solicitarnos que revirtamos nuestra decisión. Puede solicitarnos que revirtamos nuestra decisión mediante una apelación. Para obtener detalles sobre qué puede hacer si un servicio o medicamento no está cubierto de la manera en que usted considera que debería estar cubierto, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Allí se proporcionan

los detalles sobre cómo realizar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9, también se indica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otras inquietudes).

- Si desea solicitar a nuestro plan que pague la parte que le corresponde por una factura recibida por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

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

Usted tiene derecho a que los médicos y otros proveedores de la salud le proporcionen información completa cuando recibe atención médica. Los proveedores deben explicarle su afección y las opciones de tratamiento *de una manera que le resulte fácil de entender*.

Además, tiene derecho a participar completamente en las decisiones relacionadas con su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones junto a sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, cuenta con los siguientes derechos:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o si están cubiertas por nuestro plan. Además, incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su atención médica. Se le debe comunicar con anticipación si algún tipo de atención médica o tratamiento propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la posibilidad de negarse a recibir tratamientos con fines experimentales.
- **Tiene derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otra institución médica, aunque su médico le sugiera no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega al tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, asume la responsabilidad total de las consecuencias que sufra su cuerpo.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención médica.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención médica que usted considera que debe recibir. Para obtener dicha explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este folleto, se indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a proporcionar instrucciones sobre qué se debe hacer si no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas quedan imposibilitadas para tomar decisiones acerca de su propia atención médica, debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar qué desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito donde le otorgue **a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de quedar imposibilitado para tomar decisiones médicas por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus indicaciones por adelantado en estas situaciones se conocen como "**directivas anticipadas**". Existen diversos tipos de directivas anticipadas y diferentes formas de llamarlas. Los documentos llamados "**testamento en vida**" y "**poder para atención médica**" son algunos ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si desea utilizar una "directiva anticipada" para comunicar sus decisiones, debe realizar lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una instrucción por anticipado, puede solicitar el formulario a su abogado, a un trabajador social o al personal de tiendas de suministros para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios para directivas anticipadas en organizaciones que proporcionan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir formularios (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Debe considerar la posibilidad de recibir la ayuda de un abogado para completarlo.
- **Proporcionar copias a las personas adecuadas.** Deberá entregar una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario como la elegida para tomar decisiones por usted en el caso que usted no pueda hacerlo. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

- Si lo admiten en un hospital, le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar una directiva anticipada (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención médica o discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si usted ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han seguido las instrucciones, usted puede presentar una queja en el Departamento de Servicios de Salud del estado de New Mexico.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si usted tiene algún problema o duda sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. Allí se ofrecen detalles sobre cómo manejar todo tipo de problemas y quejas. Lo que necesita hacer para darle seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Puede que tenga que pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que desee hacer (solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja), **debemos tratarlo con imparcialidad.**

Tiene derecho a recibir un resumen de información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros hayan presentado anteriormente contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?

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

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

¿Se trata de otro tema?

Si cree que fue tratado injustamente o que sus derechos no fueron respetados *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada este folleto).

- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada este folleto).
- Puede **llamar a SHIP**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Sus derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf.)
  - O bien, 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 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se indica lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué servicios están cubiertos y conocer las reglas que debe cumplir para obtenerlos.
  - En los Capítulos 3 y 4, se proporcionan detalles sobre los servicios médicos: como los que están cubiertos, los que no están cubiertos, las reglas que debe cumplir y lo que debe pagar.
  - En los Capítulos 5 y 6, se proporcionan detalles sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.

- Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos al respecto. Llame a Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).
    - Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos que usted está usando toda la cobertura cuando recibe sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina **"coordinación de beneficios"** porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que recibe usted de nuestro plan con los demás beneficios de salud y de medicamentos que tenga disponibles. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Informe a su médico y a los demás proveedores de salud que está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- Colabore con sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y continuando su atención médica.
    - Para ayudar a sus médicos y demás proveedores de salud a brindarle la mejor atención médica, aprenda todo lo posible sobre sus problemas de salud y bríndeles la información necesaria sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
    - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene alguna pregunta, no dude en formularla. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica le expliquen de una forma que sea comprensible para usted. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que actúe de manera tal que colabore con el correcto funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
    - Debe pagar las primas de su plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
    - Para ser elegible para nuestro plan de salud, debe estar inscrito en Medicare Parte A y Parte B. Algunos miembros del plan de salud deben pagar una prima por Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan de salud deben pagar una prima por Medicare Parte B para seguir siendo miembros del plan de salud.
    - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte del costo que a usted le corresponde cuando obtiene el servicio o el medicamento. Este costo será un copago (una cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se informa lo que debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6, se informa lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.

  - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no está cubierto por nuestro plan o por otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
  - Si se le exige que pague una cantidad adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para continuar siendo miembro del plan.

- **Infórmenos si se muda.** Si usted se va a mudar, es importante que nos informe enseguida. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1, se informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se mudará fuera del área de servicio. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un Período de Inscripción Especial para inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
  - **Si se muda *dentro* del área de servicio, de todas maneras necesitamos que nos lo comunique** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicio al Cliente si tiene preguntas o dudas.** También agradecemos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y horario de llamadas de Servicio al Cliente se encuentran en la contraportada de este folleto
  - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, o conocer nuestro domicilio postal, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 9

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

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

ANTECEDENTES 173

SECCIÓN 1 Introducción 173
Sección 1.1 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud? 173
Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales? 173

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 174
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 174

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 175
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas? 175

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA 176

SECCIÓN 4 Una guía acerca de los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y las apelaciones 176
Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general 176
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 177
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para su situación? . 178

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación" 179
Sección 5.1 En esta sección, se indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de un servicio médico o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de su atención médica 179
Sección 5.2 Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea) 180
Sección 5.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 184
Sección 5.4 Instrucciones detalladas: Cómo se realiza una apelación nivel 2 188

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que paguemos la parte del costo que nos corresponde de una factura que usted recibió por atención médica? 190

SECCIÓN 6 Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación" 191

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento recetado de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D 191

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 193

Sección 6.3 Información importante que debe saber sobre la solicitud de excepciones 195

Sección 6.4 Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción 196

Sección 6.5 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 200

Sección 6.6 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 203

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto. 205

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos 206

Sección 7.2 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital 207

Sección 7.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital 210

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la apelación de Nivel 1? 211

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto 214

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* Servicios médicos domiciliarios, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) .. 214

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuando termine su cobertura..... 215

Sección 8.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado.... 216

Sección 8.4 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado.... 218

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la apelación de Nivel 1? 219

SECCIÓN 9 Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores 222

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones por Servicios Médicos 222

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las Apelaciones de los medicamentos de la Parte D 224

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 225

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio al cliente y otras cuestiones 225

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas? 225

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal” 227

Sección 10.3 Instrucciones detalladas: Presentación de una queja 228

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad 229

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja 230

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud?

En este capítulo, se explican los dos tipos de procesos formales para manejar los problemas y las inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas.**

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare. Para garantizar el manejo y equitativo de sus problemas, cada proceso cuenta con una serie de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

¿Qué proceso debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía que aparece en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se detallan en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender.

Para simplificar, en este capítulo se explican los procedimientos y reglas legales mediante palabras más sencillas en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”; o “determinación en riesgo” y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. Además se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en algunos casos, realmente importante) que conozca los términos legales correctos para su situación. Conocer los términos que debe utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando tenga un problema y para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe utilizar, incluimos términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

En ocasiones, puede resultar confuso comenzar o seguir el proceso indicado para resolver un problema. Esto es particularmente cierto si no se siente bien o si no tiene demasiada energía. En otros casos, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso.

Obtener ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en determinadas situaciones, es posible que quiera pedir recibir ayuda u orientación a alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).** Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores del programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar los problemas que tenga. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del programa SHIP son gratuitos. Los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y recibir ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, le presentamos dos formas de obtener información directa de 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.
- Usted puede visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

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

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?

Si tiene un problema o inquietud, simplemente debe leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ.**

¿Su problema o inquietud es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas para determinar si ciertos medicamentos recetados o atención médica están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura.

Consulte la sección siguiente de este capítulo, Sección 4, **"Una guía sobre lo básico de las decisiones de cobertura y apelaciones".**

No. Mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura.

Avance a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes."**

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA

SECCIÓN 4 Una guía acerca de los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se encarga de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se utiliza para asuntos como, por ejemplo, si se cubre o no un determinado servicio o medicamento y cómo está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por los servicios médicos que reciba. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica por parte de su médico de la red si este lo deriva a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro acerca de si cubriremos un servicio médico específico o si se niega a proporcionar atención médica que usted cree necesaria. En otras palabras, en caso de que desee saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué tiene cubierto y cuánto pagaremos. En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está de acuerdo, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted apela una decisión por la primera vez, se llama una apelación de Nivel 1. Cuando presenta una apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para averiguar si seguimos correctamente todas las reglas. Su apelación será evaluada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicamos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que analizamos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una Apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la realiza una organización independiente que no tiene relación con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si eso sucede, se lo informaremos. En otras situaciones, deberá solicitar una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar a diversos niveles posteriores de apelación.

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

¿Le gustaría recibir ayuda? A continuación, presentamos algunos recursos que puede utilizar si decide solicitar alguna decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).
- Para **recibir ayuda gratuita de una organización independiente** que no tenga relación con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar la solicitud por usted.**
    - Para la atención de salud, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, será derivada automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación más allá del Nivel 2, su médico debe ser nombrado como su representante.
    - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona que recete puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, debe designar a su médico o a otra persona que recete como su representante.
- **Puede solicitar que otra persona actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a una persona que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Es posible que ya exista una persona autorizada legalmente para actuar como su representante según la ley estatal.
    - Si desea que un amigo, un pariente, su médico, otro proveedor u otra persona sea su representante llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario para “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.) El formulario autoriza a dicha persona a actuar en

su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de referencia. Además, existen grupos que le prestarán servicios legales gratuitos, si es elegible. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para su situación?

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Dado que cada situación tiene sus propias reglas y plazos, proporcionamos los detalles de cada una de ellas en diferentes secciones:

- Consulte la **Sección 5** de este capítulo. Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- Consulte la **Sección 6** de este capítulo. “Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- Consulte la **Sección 7** de este capítulo. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- Consulte la **Sección 8** de este capítulo. “Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Aplica a estos servicios solamente*: servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)).

Si no está seguro acerca de qué sección utilizar, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). También puede obtener información o ayuda de organizaciones gubernamentales, como SHIP (los números de teléfono de este programa están en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto).

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre los “elementos fundamentales” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo hizo, le recomendamos que la lea antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1 En esta sección, se indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de un servicio médico o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de su atención médica

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de Beneficios Médicos, (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de la sección, en lugar de repetir “atención o tratamiento o servicios médicos” cada vez.

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones siguientes:

1. No recibe determinada atención médica que desea y considera que la atención está cubierta por nuestro plan.

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted considera que dicha atención está cubierta por el plan.

3. Ha recibido la atención o los servicios médicos que considera deben estar cubiertos por el plan, pero hemos determinado que no pagaremos esa atención.

4. Ha recibido y pagado la atención o servicios médicos que considera deben estar cubiertos por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso del costo de esa atención.

5. Se le está diciendo que la cobertura por cierta atención médica que ha estado recibiendo que previamente aprobamos se verá reducida o interrumpida, y usted piensa que dicha reducción o interrupción podría afectar negativamente su salud.

   NOTA: **Si la cobertura que se interrumpirá corresponde a los servicios de hospitalización, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF),** debe leer una sección separada de este capítulo dado que para estos tipos de atención se aplican reglas especiales. A continuación, le explicamos lo que debe leer en esas situaciones:

- Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
- Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, de atención en centro de enfermería especializada, y CORF.

Para *todas las demás* situaciones que implican haber sido informado que la atención médica que estuvo recibiendo se interrumpirá, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea averiguar si cubriremos la atención o servicios médicos que usted desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2**.
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera en que usted desea que sea cubierto o pagado?	Puede presentar una **apelación**. (Significa que nos pide que lo reconsideremos). Avance a la **Sección 5.3** de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago por atención o servicios médicos que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Avance a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)

Términos Legales
Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se le llama una **“determinación de la organización”**.

<u>Paso 1:</u> Usted solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere una pronta respuesta, debe pedirnos una **"decisión de cobertura rápida."**

Términos Legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina "**determinación acelerada**".

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan de salud solicitando que autoricemos o le proporcionemos la cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja acerca de su atención médica*.

En general, utilizamos los plazos estándar para comunicarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándar", excepto que hayamos aceptado utilizar los plazos "rápidos". **Una decisión estándar de cobertura significa que la respuesta se informará dentro de los 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.

- **No obstante, podríamos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para la presentación de una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de las 72 horas.**
    - **No obstante, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales**, si descubrimos que falta información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para

proporcionarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito.

- Si considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si solicita cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya ha recibido).
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para desempeñarse*.
- **Si el médico nos informa que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarla.**
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle al respecto (y en su lugar utilizaremos los plazos estándar).
  - Esta carta le informará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, proporcionaremos una automáticamente.
  - Además, la carta le informará cómo puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos una respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Por lo general, en el caso de una decisión de cobertura rápida, le daremos una respuesta **dentro de 72 horas**.

  - Como se explicó antes, puede tomar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
  - Si considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le proporcionamos una respuesta dentro de 72 horas (o si existe un período extendido al finalizar ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 a continuación, se le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica acordada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proporcionaremos la cobertura al finalizar el tiempo extendido.
- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente negativa con respecto a lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Por lo general, en el caso de una decisión de cobertura estándar, le daremos una respuesta en **un plazo de 14 días calendario tras recibir su solicitud**.
  - Podemos tomar hasta 14 días calendario más ("un período de tiempo más largo") en determinadas circunstancias. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
  - Si considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le comunicamos nuestra respuesta dentro de los siguientes 14 días calendario (o si existe un período de extensión al finalizar ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 a continuación, se le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proporcionaremos la cobertura al finalizar el tiempo extendido.

- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente negativa con respecto a lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decidimos no otorgar la cobertura, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos (y, tal vez, cambiemos) esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa tratar nuevamente de obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos Legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina una **"reconsideración".**

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué debe hacer

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja acerca de su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar enviando su solicitud por escrito.**
    - Si otra persona que no sea su médico presenta una apelación a nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir el formulario de Designación de Representante que autorice a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) y solicite el

formulario para "Designación de Representante". El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se enviará a la Organización de Revisión Independiente para que sea despedida. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito, explicándole su derecho de pedir a la Organización de Evaluación Independiente que evalúe nuestra decisión.

- **Si solicita una apelación rápida, hágala por escrito o llámenos** al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1, (*Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja acerca de su atención médica).*
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario,** posteriores a la fecha en que enviamos el aviso escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se le vence este plazo y tiene una buena razón para ello, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos para el vencimiento del plazo pueden ser que tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional que respalde su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede solicitarla por teléfono).

Términos Legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"reconsideración acelerada".**

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención que aún no recibió, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida."

- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son iguales a los de una "decisión rápida de cobertura." Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Dichas instrucciones se detallaron antes en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una "apelación rápida", aceptaremos proporcionarla.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Comprobamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- En caso de que sea necesario, recopilaremos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud así lo requiere.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las siguientes 72 horas (o al finalizar el período de extensión, si tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos plazos estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario,** posteriores a la recepción de su apelación si ésta se trata de cobertura de servicios que aún no recibió. Le informaremos nuestra decisión antes si su enfermedad así lo requiere.

  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito.
  - Si considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le comunicamos una respuesta antes del plazo mencionado (o al finalizar el período extendido, en caso de extensión), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización externa independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su apelación en forma total o parcial, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al rechazar su apelación, **debemos enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Al hacerlo, su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Instrucciones detalladas: Cómo se realiza una apelación nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos Legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces, también se le denomina "**IRE".**

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se denomina "archivo del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso**.
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente repasarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si nuestro plan le proporcionó una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si nuestro plan le proporcionó una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente debe recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**.

Si se le proporcionó una "apelación estándar" en el Nivel 1, también se le proporcionará una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si nuestro plan le proporcionó una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en los 30 días calendario,** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente debe recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión acepta su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar o dentro de 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
  - Si la Organización de Revisión Independiente "confirmar la decisión" usted tiene el derecho de una apelación al nivel 3. Sin embargo, para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de la atención médica que solicita debe cumplir con una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura solicitada es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación, lo cual significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que obtiene de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cómo averiguar la cantidad de dólares para continuar con el proceso de apelación.

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez administrativo o un mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que paguemos la parte del costo que nos corresponde de una factura que usted recibió por atención médica?

Si desea solicitarnos el pago de atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que usted puede solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Al solicitar un reembolso, le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura

Si envía la documentación para solicitarnos el reembolso, está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, evaluaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. También evaluaremos si usted siguió todas las reglas para el uso de su cobertura de atención médica (dichas reglas se proporcionan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos).*

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por su atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. O bien, si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago implica aceptar su solicitud de decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que informaremos que no pagaremos por los servicios y detallaremos las razones de esto. (El rechazo de la solicitud de pago implica el rechazo de su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita el pago y nosotros nos negamos a pagar?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarnos a pagar, **puede presentar una apelación**. Presentar una apelación significa pedirnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la parte 5.3 de esta sección. Consulte esta parte para obtener las instrucciones detalladas. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si realiza una apelación para un reembolso, debemos darle una respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si solicita el reembolso del pago por la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente cambia la decisión de negar el pago, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor dentro de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre los “elementos fundamentales” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo hizo, le recomendamos que la lea antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento recetado de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D

Entre sus beneficios como miembro del plan se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte *la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada para estar cubierto. (Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada.

- **Esta sección sólo trata sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término “medicamento” en el resto de la sección, en lugar de repetir “medicamento cubierto recetado para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez que aparece.
- Para obtener más información sobre el significado de medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario),* las reglas y restricciones en la cobertura y la información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura de*

nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos Legales
Una decisión inicial de cobertura acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina "**determinación de cobertura**".

A continuación, presentamos algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos relacionadas con sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que realicemos una excepción, que incluye:
  - La solicitud de cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
  - La solicitud de anulación de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir).
  - La solicitud de pago de una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto no preferido.
- Nos consulta si tiene cubierto un medicamento y si cumple con todas las reglas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando el medicamento figura en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario),* pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).
  - *Tenga en cuenta:* Si la farmacia le informa que no se puede dispensar su receta tal como está escrita, usted recibirá un aviso por escrito donde se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura sobre un pago.

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

En esta sección, se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice el siguiente cuadro que lo ayudará a determinar qué parte contiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

¿Necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos, o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple con todas las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita?	¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó?	¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted lo desea?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Avance a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Avance a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede presentar una apelación. (Significa que nos pide que lo reconsideremos). Avance a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no se cubre de la forma en que usted desearía que fuera cubierto, puede solicitarnos que realicemos una “excepción.” Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De la misma forma que en otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de realizar una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos deberán explicar los motivos médicos por los cuales se necesita la aprobación de la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. A continuación, presentamos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).*** Para abreviar, la llamamos "Lista de Medicamentos".

Términos Legales
La solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en la Lista de Medicamentos en ocasiones se denomina solicitud de **"excepción al formulario".**

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento no incluido en la Lista de Medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido correspondiente a los medicamentos en el Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos). No puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.

2. **Anulación de una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto**. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* (para más información consulte la sección 4 del capítulo 5).

Términos Legales
La solicitud de anulación de una restricción de cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitud de **"excepción al formulario."**

- Las reglas y restricciones adicionales de cobertura de determinados medicamentos incluyen:
  - *Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento* en lugar del medicamento de marca.
  - *La obtención de la aprobación por anticipado del plan* antes de que aceptemos cubrir su medicamento. (A veces, esto se llama "autorización previa)".
  - *El requisito de probar primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se conoce como "terapia escalonada.")
  - *Límites de cantidad*. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad de medicamento que puede recibir.

- Si aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

3. **Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el nivel del costo compartido, menor será la parte del costo que deberá pagar por el medicamento.

Términos Legales
La solicitud de pago de un precio menor por un medicamento no preferido cubierto en ocasiones se conoce como solicitud de una "**excepción de nivel**".

- Si nuestra Lista de Medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica y están en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, usted puede solicitarnos que cubramos su medicamento con la misma cantidad de costo compartido que aplica a los medicamentos alternativos. Esto reduciría la parte del costo que le corresponde por el medicamento.
    - Si el medicamento que usted está tomado es un genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con la cantidad de costo compartido que aplica al nivel más bajo que contenga las alternativas, ya sea de marca o genéricas para tratar su afección.
- Usted no puede solicitarnos el cambio del nivel de costo compartido de ningún medicamento en el Nivel 5 (Medicamentos de especialidad).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, usualmente usted pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Información importante que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos deben darnos una declaración que explique los motivos médicos por los cuales solicita una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información proporcionada por el médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos al solicitar una excepción.

En general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de un problema en particular. Estas diferentes posibilidades se conocen como medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que está

solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción. Si nos pide una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud por una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles inferiores de costo compartido no funcionen para usted.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento, y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz para el tratamiento de su enfermedad.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 6.5, se indica cómo presentar una apelación en caso de que rechacemos su solicitud.

En la siguiente sección, se indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

<u>Paso 1:</u> Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura en relación con los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una "decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional autorizado para recetar medicamentos) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Consulte información detallada en el capítulo 2, sección 1, en la parte titulada *"Cómo contactarnos cuando solicite una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos de receta Parte D".* O si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento, vaya a la sección llamada, *Dónde enviar una solicitud que nos pide que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido.*
- **Usted o su médico, o alguien que actúe en su nombre,** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 4 de este capítulo, se indica cómo otorgar un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos el reembolso del pago de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una*

factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que puede ser necesario solicitar un reembolso. Además, se indica cómo debe enviarnos la documentación en la que nos solicita el reembolso de la distribución de costos que nos corresponde de un medicamento que usted haya pagado.

- **Si solicita una excepción, presente la "declaración de apoyo".** Su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos deben proporcionar los motivos médicos para la excepción de medicamentos que está solicitando. (A esto lo llamamos la "declaración de apoyo"). Su médico u otra persona que le recete medicamentos puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, el médico o profesional autorizado para recetar medicamentos puede informarnos vía telefónica y, si fuera necesario, posteriormente enviar por fax o correo la declaración complementaria firmada. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes que se envíen por escrito,** lo que incluye una solicitud enviada en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio web.

Términos Legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada".**

Si su salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida"

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándar", excepto que hayamos aceptado utilizar los plazos "rápidos." Una decisión estándar de cobertura implica que la respuesta se informará dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración del médico. Una decisión rápida de cobertura significa que le responderemos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración del médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir con**

  dos requisitos:

  - Puede recibir una decisión de cobertura rápida *sólo* si solicita *un medicamento que aún no ha recibido*. (No puede recibir una decisión rápida de cobertura si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para desempeñarse*.
- **Si el médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos nos informa que su salud requiere una "decisión de cobertura", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura rápida.**

- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo del médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos), decidiremos si su salud requiere una decisión de cobertura rápida de nuestra parte.
    - Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle al respecto (y en su lugar utilizaremos los plazos estándar).
    - Esta carta le dirá que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una cobertura rápida decisión.
    - La carta también le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se le informará también cómo presentar una queja "rápida" para recibir nuestra respuesta a su reclamación dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para la presentación de una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 24 horas**.
    - En general, esto significa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes, si su salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una declaración por escrito donde se explica el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" acerca de un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos proporcionarle nuestra respuesta **dentro de 72 horas.**

  - En general, esto significa dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes, si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea en forma parcial o total --**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una declaración por escrito donde se explica el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** también debemos efectuar el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una declaración por escrito donde se explica el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. La solicitud de una apelación significa solicitarnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, nuestra decisión ya tomada.

Sección 6.5 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos Legales
Una apelación al plan en relación con la cobertura de un medicamento de la Parte D también se denomina "**redeterminación**" del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o bien a través de nuestro sitio web por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación mediante una solicitud por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito.**
- **Debemos aceptar todas las solicitudes que se envíen por escrito,** lo que incluye una solicitud enviada en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario,** posteriores a la fecha en que enviamos el aviso escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se le vence este plazo y tiene una buena razón para ello, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos para el vencimiento del plazo pueden ser que tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.**
    - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
    - Si lo desea, usted y su médico o profesional autorizado para recetar medicamentos pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

Términos Legales
Una "apelación rápida" también se conoce como **"redeterminación acelerada".**

Si su estado de salud así lo requiere, solicite una "apelación rápida"

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

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las siguientes 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una declaración por escrito donde se explica el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes, si no ha recibido el medicamento y su salud requiere que se lo proporcionemos. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación "rápida".
    - Si no proporcionamos una decisión dentro de los siguientes 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea en forma parcial o total --**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada con la rapidez que su salud requiera, pero **antes de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
    - Si aprobamos su solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una declaración por escrito donde se explicará el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.
- Si usted solicita que le paguemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Si no proporcionamos una decisión dentro de los siguientes 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** también debemos efectuar el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una declaración por escrito donde se explica el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa con la presentación de otra apelación.
- Si decide realizar otra apelación, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (ver detalles a continuación).

Sección 6.6 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa con la presentación de otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos Legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces, también se le denomina "**IRE".**

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otra persona que recete), debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar 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 de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo puede comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando usted presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, nosotros enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "archivo del caso." **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso**.
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una

agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para revisar, junto a nosotros, las decisiones que tomamos en relación con sus beneficios de la Parte D.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente repasarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de tal decisión.

Plazos para una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si su estado de salud así lo requiere, solicite una "apelación rápida" a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una "apelación rápida" la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total**, debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobada por la organización revisora **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario,** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le paguemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - **Si la Organización de Revisión Independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total:**
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario, posteriores** a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "confirmar la decisión." También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "confirmar la decisión" usted tiene el derecho de una apelación al nivel 3. Sin embargo, para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de la atención médica que solicita debe cumplir con una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura solicitada es demasiado bajo, no podrá realizar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 será definitiva. El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en discusión para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura solicitada cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide realizar una tercera apelación, los detalles sobre cómo solicitarla se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez administrativo o un mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se proporciona 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 considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que necesite para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

Durante su hospitalización, el médico y el personal del hospital trabajarán junto a usted para prepararlo para el día en que le darán de alta en el hospital. Además, lo ayudarán a coordinar la atención que pudiera necesitar después del alta.

- El día que sale del hospital se denomina "**fecha de alta**".
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada, y su solicitud será considerada. En esta sección, se le informa cómo solicitarla.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Durante su hospitalización, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando ingresan en un hospital. Alguna persona del hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) le entregará el aviso dentro de los dos días posteriores a su admisión. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). 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.

1. **Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo comprende.** El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, por ejemplo:
   - Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
   - Su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su hospitalización y a conocer quién la pagará.
   - Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad de atención hospitalaria.
   - Su derecho de apelar la decisión de darle el alta, si considera que le dan el alta antes de tiempo.

Términos Legales
El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede "**solicitar una revisión inmediata".** La solicitud de una revisión inmediata constituye una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta, de modo que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (En la Sección 7.2 a continuación, se informa cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 4 de este capítulo, se indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no incluye la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). La firma del aviso ***no*** **significa** que acepta una fecha de alta.

3. **Conserve su copia** del aviso firmado para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o expresar una inquietud acerca de la calidad de la atención), en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso con más de dos días de anticipación a su fecha de alta, se le entregará otra copia antes de que se programe el alta.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto) 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 verlo en línea enhttps://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea que nuestro plan cubra sus servicios de hospitalización durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y acatar los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta programada es médicamente adecuada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad en su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención médica para las personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se informa cómo comunicarse con esta organización. (O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Debe actuar con rapidez:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de salir del hospital y **antes de la fecha de alta planificada.** (La "fecha de alta planificada" es la fecha en que se determinó que debe salir del hospital).
    - Si cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* de atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad por su apelación, puede realizar dicha apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitar a la Organización para la Mejora de la Calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que utilice los plazos "rápidos" para una apelación, en lugar de utilizar los plazos estándar.

Términos Legales
Una **"revisión rápida"** también se denomina **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada".**

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales del cuidado de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "revisores", para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuarse la cobertura de los servicios. No es necesario preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros le hayamos proporcionado.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores notifiquen a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito con la fecha del alta programada y con una explicación detallada de los motivos por los cuales el médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que a usted le den el alta en esa fecha.

Términos Legales
Esta explicación por escrito se denomina "**Aviso detallado de alta".** Si desea obtener una copia de este aviso, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: La Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta con respecto a su apelación dentro del plazo de un día después de haber recopilado toda la información necesaria.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar proporcionándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando la distribución de costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que existan limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización para la Mejora de Calidad responda a su apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención recibida en el hospital después del mediodía del día posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad 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 la Mejora de la Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede realizar otra apelación. Al realizar otra apelación, pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante la apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta programada.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha de terminación de la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad revisarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los siguientes 14 días calendario, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad tomarán una decisión en relación con su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión proporciona una respuesta positiva:

- **Debemos reembolsarle** la distribución del costo que nos corresponde por la atención hospitalaria recibida a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó la primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando la distribución del costo que le corresponde, y se pueden aplicar limitaciones en la cobertura.

Si la organización de revisión proporciona una respuesta negativa:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se denomina "confirmar la decisión".
- En el aviso que reciba, se le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Allí se proporcionarán detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, de la cual se encargará un juez administrativo o un mediador

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y realizar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez administrativo o un mediador.
- En la Sección 9 de este capítulo, se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica en la Sección 7.2, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad e iniciar su primera apelación del alta del hospital. ("Con rapidez" significa antes de salir del hospital y antes de la fecha de alta programada). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de apelar la decisión.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos Legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina "**apelación acelerada.**"

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja acerca de su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita que le proporcionemos una respuesta en los plazos "rápidos", en lugar de los plazos "estándar."

Paso 2: Realizamos una revisión "rápida" de la fecha de alta planificada, para comprobar si el alta era médicamente necesaria.

- Durante esta revisión, repasamos toda la información relacionada con su hospitalización. Comprobamos que la fecha de alta planificada haya sido médicamente adecuada. Verificaremos que la decisión sobre cuándo debía salir del hospital haya sido justa y se hayan cumplido todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le damos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud de una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si le damos una respuesta positiva a su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta, y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos de hospitalización mientras sea médicamente necesario. Además, significa que aceptamos reembolsarle la distribución de costos que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en la que determinamos que debía finalizar la cobertura. (Usted deberá pagar la distribución del costo que le corresponde, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si le damos una respuesta negativa a su apelación rápida**, significa que la fecha de alta programada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios de hospitalización termina a partir del día en que anunciamos el fin de la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta programada, **es posible que deba pagar el costo total** de atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente."** Esto significa que *automáticamente* pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión que tomamos de rechazar su "apelación rápida." Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos Legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces, también se le denomina "**IRE".**

Paso 1: Automáticamente reenviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. En la Sección 10 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente revisarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación de alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el pago) la distribución de costos que nos corresponde por la atención hospitalaria recibida a partir de la fecha de alta planificada. Debemos continuar proporcionando la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados mientras sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando la distribución de costos que le corresponde. Si existen limitaciones en la cobertura, estas podrían limitar la cantidad que debamos reembolsarle o el tiempo durante el cual debamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta del hospital programada era médicamente adecuada.

- El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Allí se proporcionarán detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, de la cual se encargará un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta esta decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* Servicios médicos domiciliarios, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Esta sección trata *únicamente* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Servicios médicos a domicilio** que esté recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Si desea conocer los requisitos para ser considerado como "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes).*
- **Atención de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centros, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe alguno de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que dicha atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la distribución de costos que le corresponde y cualquier limitación

de cobertura que pudiera aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

Cuando decidimos que es momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención, debemos informárselo con anticipación. Cuando termine la cobertura de la atención, *interrumpiremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención.*

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se le informa cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuando termine su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención, la agencia o centro que proporcione la atención le enviará un aviso.
   - En el aviso por escrito, se le informará la fecha en la que interrumpiremos la cobertura de su atención.
   - El aviso por escrito también le indica qué puede hacer si desea solicitar a nuestro plan un cambio de decisión acerca del momento de finalización de la atención y a mantener la cobertura durante un período más prolongado.

Términos Legales
Al indicarle qué puede hacer, el aviso escrito le está indicando cómo puede solicitar una **"apelación de seguimiento rápido".** La solicitud de una apelación por vía rápida constituye una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura respecto de la fecha de interrupción de su atención. (En la Sección 7.3 a continuación, se indica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida). El aviso escrito se denomina "**Aviso de no cobertura de Medicare**". Si desea obtener una copia de este aviso, llame a Servicio al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto) 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 una copia en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

2. **Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 4, se indica cómo otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).

- Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no implica que esté de acuerdo** con el plan en que es momento de interrumpir el servicio de atención.

Sección 8.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y acatar los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Además, existen plazos que nuestro plan debe acatar. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de Calidad revisa su apelación y decide si se debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Ellos controlan la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan en cuanto al momento en que se interrumpirá la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso escrito que recibió, se indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización que realice una revisión independiente de si es médicamente adecuado que interrumpamos la cobertura de sus servicios médicos.

Plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de comenzar con su apelación *antes del mediodía del día en que recibe el aviso escrito donde se le informa que se interrumpirá la cobertura de su atención.*
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad por su apelación, en su lugar puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales del cuidado de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “revisores”, para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuarse la cobertura de los servicios. No es necesario preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les haya proporcionado.
- Al finalizar el día los revisores nos informarán sobre su apelación y usted recibirá un aviso por escrito del plan explicando en detalle nuestras razones para poner fin a la cobertura de sus servicios.

Términos Legales
Este aviso de explicación se denomina “**Explicación detallada de no cobertura**”.

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

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar proporcionándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando la distribución de costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, puede haber limitaciones en los servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **la cobertura terminará el día en que se lo hayamos informado.** Interrumpiremos el pago de la parte de los costos que nos corresponde de esta atención.
- Si decide continuar recibiendo servicios médicos a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o atención en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha de finalización de su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esa atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que realiza es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de la interrupción de la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Al realizar otra apelación, pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante la apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos domiciliarios, atención en un centro de enfermería especializada o atención en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si continuó recibiendo atención después de la fecha de finalización de su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad revisarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los siguientes 14 días, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad tomarán una decisión en relación con su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la distribución de costos que nos corresponde de la atención que haya recibido desde la fecha en que determinamos que finalizaría la cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando la distribución de costos que le corresponde, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos en cuanto a la apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- En el aviso que reciba, se le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Allí se proporcionarán detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, de la cual se encargará un juez administrativo o un mediador

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan la apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y realiza otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez administrativo o un mediador.
- En la Sección 9 de este capítulo, se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica en la Sección 8.3, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en uno o dos días, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma

de apelar la decisión. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

A continuación, se detallan los pasos para una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos Legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina "**apelación acelerada.**"

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja acerca de su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita que le proporcionemos una respuesta en los plazos "rápidos", en lugar de los plazos "estándar."

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, repasamos nuevamente toda la información sobre su caso. Comprobamos que hayamos cumplido con todas las reglas al determinar la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.
- Para darle la respuesta sobre esta revisión, utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar.

Paso 3: Le damos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud de una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos la apelación rápida**, significa que coincidimos con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y continuaremos proporcionándole la cobertura de sus servicios mientras sea médicamente necesario. Además, significa que aceptamos reembolsarle la distribución de costos que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en la que determinamos que debía finalizar la cobertura. (Usted deberá pagar la distribución del costo que le corresponde, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos la apelación rápida,** su cobertura terminará en la fecha que le hemos informado y no pagaremos ningún costo compartido después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios médicos domiciliarios, atención del centro de enfermería especializada o servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención por su cuenta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso *automáticamente* pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Esto significa que *automáticamente* pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión que tomamos de rechazar su "apelación rápida." Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos Legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces, también se le denomina "**IRE".**

Paso 1: Automáticamente reenviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. En la Sección 10 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente repasarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el pago) de la distribución de costos que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en que determinamos que debía finalizar la cobertura. También debemos continuar proporcionando la cobertura de la atención mientras sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando la distribución de costos que le corresponde. Si existen limitaciones en la cobertura, estas podrían limitar la cantidad que debamos reembolsarle o el tiempo durante el cual debamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que acepta la decisión tomada por nuestro plan en relación con la primera apelación y no la modificará.
    - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Allí se le proporcionarán los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan la apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y realiza otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez administrativo o un mediador.
- En la Sección 9 de este capítulo, se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones por Servicios Médicos

Esta sección puede resultarle útil si ha presentado una apelación de Nivel 1 y 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del suministro o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no podrá realizar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta escrita que recibirá por su apelación de Nivel 2 se le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**Un juez (llamado Juez Administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* finalizar *o no*:** decidiremos si se debe apelar la decisión en el Nivel 4. A diferencia del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos que correspondan. Podemos aguardar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en cuestión.
- **Si el Juez Administrativo o el mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede finalizar o no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Juez Administrativo o el mediador rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará qué debe hacer si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4:	El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* finalizar *o no*:** decidiremos si se debe apelar la decisión en el Nivel 5. A diferencia del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos 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 positiva o si el Consejo rechaza **la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede finalizar o no*.**

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las reglas le permiten continuar con una apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5:	Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las Apelaciones de los medicamentos de la Parte D

Esta sección puede resultarle útil si ha presentado una apelación de Nivel 1 y 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento al que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor, ya no podrá apelar. La respuesta por escrito que reciba a la Apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**Un juez (llamado Juez Administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones habrá finalizado**. Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Juez Administrativo o un mediador **dentro de las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión.
- **Si se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede finalizar o no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Juez Administrativo o el mediador rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará qué debe hacer si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones** (el Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones habrá finalizado**. Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión.
- **Si se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede finalizar o no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión, el aviso que recibirá le indicará si las reglas le permiten pasar a la apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio al cliente y otras cuestiones

Si su problema está relacionado con las decisiones sobre beneficios, la cobertura o pagos, esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

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

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente*. Entre ellos se incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A

continuación, se detallan algunos ejemplos de los tipos de problemas que se atienden en el proceso de quejas.

Si tiene alguno de los siguientes tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Por ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que recibe (incluida la atención del hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera que debe ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona fue descortés o le faltó el respeto? • ¿No está conforme con el trato que recibe de Servicio al Cliente? • ¿Siente que lo incentivan a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para obtener una cita, o debe esperar demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar durante mucho tiempo a médicos, farmacéuticos u otros profesionales del cuidado de la salud? ¿O a Servicio al Cliente u otro personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, cuando recibe una receta o en la sala de examen.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nuestra parte	• ¿Considera que no ha recibido un aviso que debemos proporcionarle? • ¿Considera que la información por escrito que le proporcionamos es difícil de entender?

Queja	Por ejemplo
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones se explica en las secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, debe utilizar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja debido a la lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos solicitó una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida" y le informamos que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que realizó, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos proporcionarle la cobertura o el reembolso por determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican plazos. Si considera que no cumplimos con dichos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal"

Términos Legales

- Lo que se llama **"queja"** en esta sección, también se conoce como **"queja formal".**
- Otro nombre para **"realizar una queja"** es **"presentar una queja formal".**
- Otra forma de decir "**utilizar el proceso de quejas**" es "**utilizar el proceso para presentar un agravio**".

Sección 10.3 Instrucciones detalladas: Presentación de una queja

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

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicio al Cliente.** Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente le informará. Para obtener información adicional, llame a Servicio al Cliente al 1-844-282-3026, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- **Si no desea llamar por teléfono (o llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si envió su queja por escrito, le responderemos por escrito.

  Funciona de la siguiente manera:

  - Una vez que CHRISTUS Health Plan Generations reciba su queja, le enviaremos una carta de acuse de recibo dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles después de recibir su queja. Le notificaremos cuando hayamos solucionado su problema dentro de treinta (30) días calendario después de haber recibido su queja. En algunos casos, necesitaremos tiempo adicional para solucionar su problema. Podemos extender el plazo hasta catorce (14) días calendario si usted solicita la extensión, o si nosotros justificamos la necesidad de información adicional y la extensión del plazo para su beneficio. Le enviaremos una carta confirmando la extensión si es necesaria.
  - Usted también puede presentar un agravio por escrito (puede enviarlo por correo electrónico, fax o traerlo a nuestra oficina, usando la información del Capítulo 2, sección 1 de este folleto). Bajo ciertas circunstancias, usted puede presentar una queja acelerada, también conocida como queja rápida. Usted puede presentar una queja acelerada si no está de acuerdo con su solicitud de una reconsideración acelerada, también conocida como apelación acelerada. Procesaremos y le notificaremos nuestra decisión sobre su agravio en menos de veinticuatro (24) horas después de haber presentado su agravio. Usted también puede presentar un agravio si no está de acuerdo con la decisión de agregar una extensión para un servicio que solicitó o una queja que presentó. Nosotros debemos solucionar su agravio tan pronto como el caso lo requiera según su estado de salud, pero no en menos de 30 días después de recibir su queja.
  - Si rechazamos su apelación completamente o de manera parcial, nuestra decisión escrita le explicará el motivo y las opciones que tiene para la resolución de conflictos.

- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** La queja se debe realizar dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que tuvo el problema por el cual realiza la queja.

- **Si usted presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente recibirá una "queja rápida".** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos una respuesta dentro de **las siguientes 24 horas.**

Términos Legales
Lo que esta sección llama **"queja rápida"** también se llama una **"queja acelerada".**

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

- **Si es posible, le responderemos de forma inmediata.** Si nos llama por una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su afección de salud requiere que le respondamos con rapidez, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su mejor interés o si usted pide más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema que se está quejando, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió de nuestra parte mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es por la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede realizar la queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si prefiere, puede presentar la queja sobre la calidad de la atención recibida directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
    - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.
    - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

- **O bien, puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja acerca de CHRISTUS Health Plan Generations Plus directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes o siente que el plan no trata su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10

Cómo poner fin a su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo poner fin a su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción ... 233
Sección 1.1 Este capítulo se concentra en cómo terminar su membresía del plan ... 233

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede darse de baja de nuestro plan? ... 233
Sección 2.1 Puede darse de baja durante el Período de Inscripción Anual ... 233
Sección 2.2 Puede darse de baja durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage ... 234
Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede darse de baja durante un Período de Inscripción Especial ... 235
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? ... 236

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan? ... 237
Sección 3.1 Por lo general, usted termina su membresía cuando se inscribe en otro plan ... 237

SECCIÓN 4 Hasta que sea dado de baja, debe recibir los servicios médicos y medicamentos recetados a través de nuestro plan ... 238
Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, continúa siendo miembro de nuestro plan ... 238

SECCIÓN 5 CHRISTUS Health Plan Generations Plus debe terminar su membresía del plan en determinadas situaciones ... 239
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos darle de baja del plan? ... 239
Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud ... 240
Sección 5.3 Si le damos de baja de nuestro plan, tiene derecho a presentar una queja .. 240

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se concentra en cómo terminar su membresía del plan

Darse de baja en CHRISTUS Health Plan Generations Plus puede ser en forma **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede darse de baja de CHRISTUS Health Plan Generations porque decidió que *desea* hacerlo.
    - Existen solamente determinadas épocas del año, o determinadas situaciones, en las que puede darse de baja de nuestro plan en forma voluntaria. La Sección 2 describe *cuándo* puede darse de baja del plan.
    - El proceso para darse de baja de forma voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 describe *cómo* darse de baja en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en que usted no elije darse de baja, pero nos vemos obligados a finalizar su inscripción. La Sección 5 describe las situaciones en que debemos darle de baja.

Si se retira de nuestro plan, debe continuar recibiendo la atención médica a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede darse de baja de nuestro plan?

Puede darse de baja de nuestro plan solo en determinados períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de darse de baja del plan durante el Período de Inscripción Anual y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, también puede cumplir con los requisitos para darse de baja del plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede darse de baja durante el Período de Inscripción Anual

Puede darse de baja durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el "Período de Inscripción Abierta Anual"). Este es el momento en que usted debería revisar su cobertura médica y de medicamentos, y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Esto ocurre desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Nota: Si usted está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más información acerca de los programas para el manejo de medicamentos.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Puede elegir quedarse con su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiar por un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Original Medicare *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
  - – *o* – Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
    - **Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

  Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos recetados pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo se le dará de baja?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience en 1 de enero.

Sección 2.2 Puede darse de baja durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.**

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Todos los años desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).

  - Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original durante este período, tiene hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare para agregar la cobertura de medicamentos.

- **¿Cuándo se le dará de baja?** Se terminará su membresía el primer día del mes siguiente después de inscribirse en un plan Medicare Advantage diferente o cuando hayamos recibido su solicitud de cambio a Medicare Original. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su inscripción en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente al que el plan de medicamentos haya recibido su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede darse de baja durante un Período de Inscripción Especial

En determinadas situaciones, los miembros de CHRISTUS Health Plan Generations Plus pueden ser elegibles para darse de baja en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

- **¿Quién cumple con los requisitos para un Período de Inscripción Especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplican a usted, puede ser elegible para darse de baja durante un Período de Inscripción Especial. Estos son solo algunos ejemplos; para consultar la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov):
  - Generalmente, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” para el pago de las recetas médicas de Medicare.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.
  - Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
  - Si se inscribe en el Programa de Atención Todo Incluido para las Personas de la Tercera Edad (PACE). El programa PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si PACE está disponible en su estado, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).
- **¿Cuándo son los Períodos de Inscripción Especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para darse de baja por una situación especial, puede elegir cambiar tanto la

cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
- Original Medicare *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
- – *o* – Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
  - **Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos recetados pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se le dará de baja?** Su membresía por lo general finalizará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

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

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede terminar su membresía:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada este folleto).
- Puede encontrar la información en el folleto ***Medicare y Usted 2019***.
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro del mes posterior a la inscripción.
  - También puede descargar una copia desde el sitio Web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted termina su membresía cuando se inscribe en otro plan

Por lo general, para darse de baja de nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 en este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan al Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar la baja de nuestro plan. Existen dos maneras en que puede solicitar la baja:

- Puede hacer la solicitud por escrito. Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).
- --*o*--puede comunicarse con 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.

Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos recetados pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.

La siguiente tabla explica cómo debe darse de baja de nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en un nuevo plan de salud de Medicare. Automáticamente se le dará de baja de CHRISTUS Health Plan Generations Plus cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Automáticamente se le dará de baja de CHRISTUS Health Plan Generations Plus cuando comience la cobertura del nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
• Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare. ○ **Nota:** Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.	• **Envíenos una solicitud de cancelación por escrito.** Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). • También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar ser darse de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de CHRISTUS Health Plan Generations Plus cuando comience la cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que sea dado de baja, debe recibir los servicios médicos y medicamentos recetados a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, continúa siendo miembro de nuestro plan

Si se sale de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, es posible que transcurra un tiempo hasta que le den de baja y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando nuestra red de farmacias para surtir sus recetas hasta que se dé de baja de nuestro plan.** En general, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se presentan en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que se da de baja, generalmente nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta** (incluso si el alta es posterior al inicio de su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 CHRISTUS Health Plan Generations Plus debe terminar su membresía del plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos darle de baja del plan?

CHRISTUS Health Plan Generations Plus debe terminar su membresía del plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si usted no permanece inscrito de forma continua en las Partes A y B de Medicare.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje por largo tiempo, debe llamar a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Usted no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente en los Estados Unidos
- Si proporciona información falsa u omite información sobre otro seguro que tenga y le proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos da información incorrecta de forma intencional al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para ingresar en nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si no obtenemos autorización de Medicare primeramente).
- Si constantemente se comporta de una manera que es prejudicial y dificulta que le proporcionemos la atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si no obtenemos autorización de Medicare primeramente).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si no obtenemos autorización de Medicare primeramente).
    - Si le damos de baja por este motivo, Medicare puede decidir que un Inspector General investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante 60 días.
    - Debemos notificarle por escrito que tiene sesenta (60) días para pagar la prima del plan antes que cancelemos su membresía.

- Si se le solicita que pague la cantidad adicional para la Parte D debido a sus ingresos y usted no lo hace, Medicare le dará de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos darle de baja:

- Puede llamar a **Servicio al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

CHRISTUS Health Plan Generations Plus no está autorizado a pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer en ese caso?

Si considera que le solicitan que abandone el plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Si le damos de baja de nuestro plan, tiene derecho a presentar una queja

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle los motivos por escrito. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja por nuestra decisión de darle de baja. También puede leer la sección 10 del capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente 243

SECCIÓN 2 Aviso de no-discriminación..... 243

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario..... 243

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

A esta *Evidencia de Cobertura* se aplican varias leyes y podrían aplicarse algunas disposiciones adicionales que exija la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en el marco de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, también pueden aplicarse leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso de no-discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de seguros o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir 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 Norteamericanos con Discapacidades, todas las otras leyes correspondientes a organizaciones que reciben subsidios federales y demás leyes y reglamentos que se apliquen por cualquier otro motivo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare por los cuales Medicare no es el pagador principal. En conformidad con las reglas sobre los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, CHRISTUS Health Plan Generations Plus, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría ejerce bajo la reglamentación de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Agravio: Un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluyendo una queja con relación a la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobres pagos o cobertura.

Apelación: Una apelación es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago por servicios o medicamentos que usted ya recibió. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted considera que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluyendo el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si esto limita la membresía en base a dónde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, es además, por lo general, el área donde usted puede obtener los servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede darle de baja si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Asistente Médico Domiciliario: Un asistente médico domiciliario proporciona servicios que no necesitan las capacidades de una enfermera o terapeuta autorizado, tal como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados). Los Asistentes Médicos Domiciliarios no tienen licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Atención de Emergencia: Los servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en Centro de Enfermería Especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación provistos de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención de centro de enfermería especializada incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que pueden dar solamente una enfermera certificada o un médico.

Autorización Previa: Aprobación anticipada para recibir servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos en la red se cubren únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene la "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Ayuda Adicional: Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados que paga los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro.

Cancelar inscripción o Cancelación de la inscripción: Proceso para terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (no por decisión propia).

Cantidad Máxima de Gastos de Bolsillo: La cantidad máxima que usted paga de gastos de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red. Las cantidades que usted paga por las primas de su plan y las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por los medicamentos recetados no se toman en cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4, para obtener información sobre su cantidad máxima de gastos de bolsillo.

Centro de Cirugía Ambulatoria: Un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no requieren de hospitalización y cuya estancia se espera que no exceda las 24 horas.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) - Centro que proporciona, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y proporciona una variedad de servicios, entre los que se incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del lenguaje y del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar por medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: Una cantidad que podría tener que pagar como su parte de los costos por un servicio médico o suministro, como una consulta médica, visita como paciente ambulatorio a un hospital, o un medicamento recetado. El copago es generalmente una cantidad determinada en vez de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría tener que pagar $10 o $20 por una consulta médica o medicamento recetado.

Coseguro: Una cantidad que posiblemente tenga que pagar como su parte del costo por los servicios o los medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido: Costo compartido se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (En adición a la prima mensual del plan) El Costo compartido incluye una combinación de los tres pagos siguientes: (1) cualquier cantidad por deducible que puede imponer un plan antes de que los servicios o medicamentos estén cubiertos; (2) el “copago” fijo que requiera un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) la cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Una “tarifa diaria de costo compartido” podría aplicar cuando su médico le receta menos del suministro completo de un mes de ciertos medicamentos y usted tiene que pagar un copago.

Cuidado de custodia: El cuidado de custodia es un cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es un cuidado personal que lo pueden proporcionar personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, tal como la ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, entrar y salir de la cama o silla, trasladarse y usar el baño. También puede incluir actividades de cuidado de la salud que la mayoría de las personas pueden hacer por sí mismas, como colocarse gotas en los ojos. Medicare no paga por este tipo de cuidado.

Cuidados paliativos (Hospicio): Una persona inscrita que tiene seis meses o menos para vivir tiene el derecho a elegir cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos suministrarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige cuidados paliativos y continúa pagando las primas significa que sigue siendo un miembro de nuestro plan. También puede continuar recibiendo todos los servicios médicamente necesarios así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. Los cuidados paliativos brindarán un tratamiento especial para su estado de salud.

Deducible: La cantidad que debe pagar por la atención de la salud o medicamentos recetados antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de Cobertura: Una decisión en cuanto a si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, de haberlo, que usted tiene que pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y la farmacia le indica que la receta no está cubierta bajo su plan, esa no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan y solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este folleto, las determinaciones de cobertura se conocen también como "decisiones de cobertura". El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: El plan Medicare Advantage hace una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. En este folleto, las determinaciones de la organización se llaman "decisiones de cobertura". El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a, soportes para brazo, espalda y cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales, y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte del cuerpo o función interna, incluyendo los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, consideran que usted presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): Cierto equipo médico que su doctor ordena por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de impulso para colchones, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivo generador de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y camas de hospital ordenados por un proveedor para usar en casa

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado: Una estancia en el hospital cuando se le admite formalmente en el hospital para servicios médicos especializados. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado “paciente ambulatorio”.

Etapa de Cobertura Catastrófica: La etapa en el Beneficio de Medicamentos de la Parte D en donde usted paga un copago o coseguro reducido por sus medicamentos después de que usted u otra parte calificada en su nombre, ha gastado $5,100 en medicamentos recetados cubiertos durante el año cubierto.

Etapa de Cobertura Inicial: Es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo del año alcancen $3,820.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualesquier otros documentos adjuntos, anexos, u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como un miembro de nuestro.

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura que, si es aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en el Formulario del plan de su patrocinador (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no-preferido a un nivel inferior del costo compartido (una excepción de nivel). Usted también puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o el plan limita la cantidad o las dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más del monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido de nuestro plan,

cuando obtiene los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores "facturen saldos" ni que le cobren de cualquier otra manera más que el monto de costo compartido que su plan dice que usted debe pagar.

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Nosotros las llamamos “farmacias de la red” porque ellas tienen un contrato con nuestro plan. En muchos casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos recetados a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted adquiere en farmacias fuera de nuestra red no están cubiertos por nuestro plan a menos que apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición para “costo compartido” arriba. El requisito de costo compartido para un miembro para pagar una parte de servicios o medicamentos recibidos, se conoce también como el requisito de “gasto de bolsillo” del miembro.

Indicación médicamente aceptada: El uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada.

Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI): Es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para personas discapacitadas, ciegas, o de 65 años y mayores, con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de SSI no es lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Límite de Cobertura Inicial: El límite de cobertura máximo bajo la Etapa de Cobertura Inicial.

Límites de cantidad: Una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo determinado.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): Una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta Lista están seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa estatal y federal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los gastos médicos están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6, Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: Los servicios, suministros y medicamentos que reciba deben ser necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su problema médico y deben cumplir con los estándares aceptados de prácticas médicas.

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que investigó y desarrolló originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y por lo general, no están disponibles sino hasta después que la patente del medicamento de marca ha vencido.

Medicamento Genérico: Un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) porque tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que se pueden cubrir bajo la Parte D. Podemos o no, ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron exclusivamente excluidas por el Congreso para cobertura como medicamentos de la Parte D.

Medicare Original ("Medicare Tradicional" o Medicare de "Tarifa por servicio"): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no por un plan médico privado como los Planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, los hospitales, y otros proveedores de atención médica cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe de pagar el deducible. Medicare paga su parte la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Medicare: El programa federal de seguro de salud para las personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades, y personas con Enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través del Medicare Original, un plan PACE o un Plan Medicare Advantage.

Médico de Atención Primaria (PCP, en inglés): Su médico de atención primaria es el médico u otro proveedor con el que consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que reciba el cuidado que necesita para mantenerlo saludable. También puede que hable con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su cuidado y que lo remite a ellos. En muchos planes médicos de Medicare, debe consultar con su proveedor de cuidado

primario antes de visitar a ningún otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para ver información acerca de los Médicos de Atención Primaria.

Miembro (miembro de nuestro plan, o "Miembro del plan"): Una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Montos de Ajuste Mensual Acorde a su Ingreso (IRMAA): Si sus ingresos están por encima de cierto límite, usted pagará una cantidad de ajuste mensual relacionada con sus ingresos, además de la póliza de su plan. Por ejemplo, las personas con ingresos mayores de $85,000 y las parejas casadas con ingresos mayores de $170,000 deben de pagar una cantidad de prima más alta por la Parte B de Medicare (seguro médico) y el monto de la prima de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta cantidad adicional se conoce como el monto ajustado mensual debido al ingreso. Menos del 5% de personas con Medicare se ven afectadas, así que la mayoría de las personas no paga una prima más alta.

Multa por Inscripción Tardía de la Parte D: Una cantidad que se agrega a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si está sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período continuo de 63 días o más. Usted paga esta cantidad más alta siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados, usted no pagará la multa por inscripción tardía.

Nivel de Costo Compartido: Cada medicamento en la Lista de Medicamentos del plan figura en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos especializados y otros expertos en atención médica pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4, Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Parte C: consulte "plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: El Programa de Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario. (Para facilitar la referencia, mencionaremos el programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D).

Período de beneficios: La forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios de un Centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios empieza el día que usted ingresa a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ninguna atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si va al hospital o centro de enfermería especializada después que un período de beneficios ha terminado, empieza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible

para los servicios como paciente hospitalizado por cada período de beneficios. No hay límite sobre el número de periodos de beneficios.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: Un tiempo establecido cada año cuando los miembros en un plan Medicare Advantage pueden cancelar la inscripción en su plan y cambiar a Medicare Original o hacer cambios en su cobertura de la Parte D. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage es del 1 de enero al 14 de marzo de 2019.

Período de Inscripción Anual: Un tiempo establecido cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiar a Medicare Original. El Período de Inscripción Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Período de Inscripción Especial: Un período fijo en el que los miembros pueden cambiarse de plan médico o de medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que puede cumplir con los requisitos para un Período de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de Inscripción Inicial: Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de que usted cumpla 65 años, incluye el mes en que usted cumple 65 y termina 3 meses después del mes en que usted cumple 65.

Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO): Un plan de Organización de Proveedor Preferido es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores con contratos que han accedido a tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. Por lo general, el costo compartido del miembro será más alto cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Proveedor de Fuera de la Red o Centro de Fuera de la Red – Un proveedor o centro con los que no hemos hecho arreglos para coordinar o proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los planes PPO tienen un límite anual sobre sus gastos de bolsillo para servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto sobre su total combinado de gastos directos de bolsillo para servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes Medicare Cost, Programas de demostración/piloto y Programa de Atención Todo Incluido para las Personas de la Tercera Edad (PACE, en inglés).

Plan institucional equivalente para necesidades especiales (SNP): Es un plan para personas elegibles que viven en la comunidad, pero requieren un nivel de atención institucional según una evaluación estatal. La evaluación debe hacerse usando la respectiva herramienta de evaluación

de nivel de atención estatal y administrada por una entidad diferente a la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en un centro de vida asistida (ALF) participante si es necesario garantizar la entrega unificada de la atención especializada.

Plan institucional para necesidades especiales (SNP): Es un tipo de plan para necesidades especiales para personas elegibles que residen de manera continua o se espera que residan por 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden ser centros de enfermería especializada (SNF), hogar para ancianos o centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidad mental (ICF/MR) y/o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Para servir a los residentes de centros LTC, el plan institucional para necesidades especiales debe tener un contrato con (o poseer y operar) un centro LTC específico.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces se conoce como Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un plan Privado de Pago por Servicio (PFFS), o un plan de Cuentas de Ahorro Médico de Medicare (MSA). Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no son pagados bajo Medicare Original. En la mayoría de casos, los planes Medicare Advantage ofrecen también la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como planes **Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados.** Todos aquellos que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para unirse a cualquiera de los planes de salud de Medicare que se ofrecen en sus áreas, excepto las personas que tienen una enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos) combina servicios médicos, sociales y de cuidado de largo plazo (Long-Term Care - LTC) para las personas débiles para ayudar a que mantengan su independencia y a que sigan viviendo en la comunidad (en vez de trasladarse a un hogar de ancianos) durante el mayor tiempo posible, al tiempo que reciben el cuidado de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (Seguro Suplementario de Medicare): Es una póliza de seguro complementario de Medicare que venden las compañías privadas de seguro para llenar los "períodos sin cobertura" en Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo trabajan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros, o a un plan de atención médica por cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Programa de descuentos de Medicare durante la Etapa de Intervalo de Cobertura: Un programa que proporciona descuentos sobre la mayoría de medicamentos de marca cubiertos de la Parte D para los miembros inscritos en la Parte D que hayan llegado al Período de Intervalo de Cobertura y que aún no reciban "Ayuda Adicional". Los descuentos se basan en los acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos los medicamentos de marca tienen descuento.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Les llamamos "**proveedores de la red**" cuando ellos tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y en algunos casos para coordinar así como proporcionar, servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red en base a los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proporcionarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se conocen como "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro con los que no hemos hecho arreglos para coordinar o proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de fuera de la red son proveedores que no están empleados por, no son propiedad de, y no están operados por nuestro plan, ni tienen contrato para proveerle servicios cubiertos a usted. El uso de los proveedores y centros de fuera de la red se explica en este folleto en el Capítulo 3.

Queja: El nombre formal para "realizar una queja" es "presentar una queja formal". El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente.* Entre ellos se incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte además "Queja formal" en esta lista de definiciones.

Servicio al Cliente: Es un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, agravios, y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Servicios Cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

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

Servicios de Rehabilitación: Estos servicios incluyen terapia física, terapia de habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios Necesarios de Urgencia: Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia y que necesita atención médica inmediata. .Los servicios necesarios de urgencia los pueden proporcionar los proveedores

de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles o no están accesibles.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”.

Tarifa de Suministro: Una tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento para pagar por el costo de surtir una receta. La tarifa de suministro cubre los costos tales como el tiempo del farmacéutico para preparar y empacar la receta.

Tarifa diaria de costo compartido: Una “tarifa diaria de costo compartido” podría aplicar cuando su médico le receta menos del suministro completo de un mes de ciertos medicamentos y usted tiene que pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Este es un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es $30, y el suministro de un mes de su plan es 30 días, entonces su “tarifa diaria de costo compartido” es $1 al día. Esto quiere decir que cuando surte su receta, usted paga $1 por el suministro de cada día.

Terapia Escalonada: Es una herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que nosotros cubramos el medicamento que su médico puede haber recetado inicialmente.

Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan Generations Plus

Método	Servicio al Cliente – Información de Contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus Dirigido a: Servicio al Cliente P.O. Box 169009 Irving, TX 75016
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa estatal que brinda fondos del gobierno federal para proveer consejería gratuita sobre el seguro de salud local a las personas con Medicare.

Método	Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) – Información de Contacto
LLAME AL	1-800-252-9240 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., hora local. Los fines de semana y festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local.
TTY	TTY 711 Este número requiere un equipo especial y es solo para las personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program of Texas (HICAP) P.O. Box 149104 Austin TX 78714-9104
SITIO WEB	www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

Declaración de divulgación de la PRA *.Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, nadie estará obligado a responder a una recolección de información que no exhiba un número de control válido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, en inglés). El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*