2022

CHRISTUS® Health Plan

Generations Plus (HMO)

EVIDENCIA DE COBERTURA



CHRISTUS Health Plan Generations Plus cubre a los miembros en los siguientes condados:

Los Alamos

Rio Arriba

San Miguel

Sante Fe

CHRISTUS HEALTH PLAN
Generations Plus (HMO)

MÉTODO	SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS – INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME AL	844.282.3026 - Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarlo, siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes. Los mensajes que haya dejado se responderán en el plazo de un día laboral. Los Servicios para los miembros también ofrecen servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Relay New Mexico Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible para ayudarlo, siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	469.282.3013
ESCRIBA A	Christus Health Plan Guardian, a la atención de: Member Services P.O. Box 169001 Irving | TX 75016
SITIO WEB	ChristusHealthPlan.org

THE NEW MEXICO AGING AND LONG-TERM SERVICES DEPARTMENT

El New Mexico Aging and Long-Term Services Department es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación gratis sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

MÉTODO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME AL	866.451.2901 - Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	New Mexico Aging and Long-Term Services Department P.O. Box 27118 Santa Fe | NM 87502-7118
SITIO WEB	nmaging.state.nm.us

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el sábado, 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta 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 en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, hace referencia a CHRISTUS Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a CHRISTUS Health Plan Generations Plus

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros 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, del 1 de octubre al 31 de marzo. y del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los servicios para miembros también cuentan con servicios de interpretación para personas que no hablan inglés (los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés y español, así como en otros formatos como letra grande, braille y/o audio.

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

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

H1189_MC3438_C File & Use 08/24/2021

Evidencia de cobertura de 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 25

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (CHRISTUS Health Plan Generations Plus) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (STATE Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 48

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 67

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D..... 133

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para

determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 162

Explica las 4 etapas de la cobertura para medicamentos (Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. Explica los 5 niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 183

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 191

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 203

Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- También explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 265

Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, detalla las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 275

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 278

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7
Sección 1.1 Usted está inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations Plus, que es una HMO de Medicare 7
Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto *Evidencia de cobertura*? 7
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 8

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 8
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 8
Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? 9
Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para CHRISTUS Health Plan Generations Plus 9
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 10
Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos 10
Sección 3.2 El *Directorio de Proveedores y Farmacias*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 10
Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan 11
Sección 3.4 La *Explicación de los Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D 12

SECCIÓN 4 Su prima mensual para CHRISTUS Health Plan Generations Plus 13
Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? 13

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 14
Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 14
Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D? 15
Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa 15
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 16

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 17
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 17

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? 17
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 17
Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D? 18

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 18
Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan 19
Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 20

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 21
Sección 8.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta 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 una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, CHRISTUS Health Plan Generations Plus.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. CHRISTUS Health Plan Generations Plus es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

Este folleto *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y los medicamentos con receta cubiertos de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros de nuestro plan (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo CHRISTUS Health Plan Generations Plus cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas". En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations Plus desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CHRISTUS Health Plan Generations Plus después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CHRISTUS Health Plan Generations Plus cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- -- *y* -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- -- *y* -- sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos.

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

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

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico, tratamiento de infusión a domicilio y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME]).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para CHRISTUS Health Plan Generations Plus

Aunque Medicare es un programa federal, CHRISTUS Health Plan Generations Plus se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.
Nuestra área de servicio incluye estas partes de condados en New Mexico: Los Alamos, Rio Arriba, San Miguel y Santa Fe.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

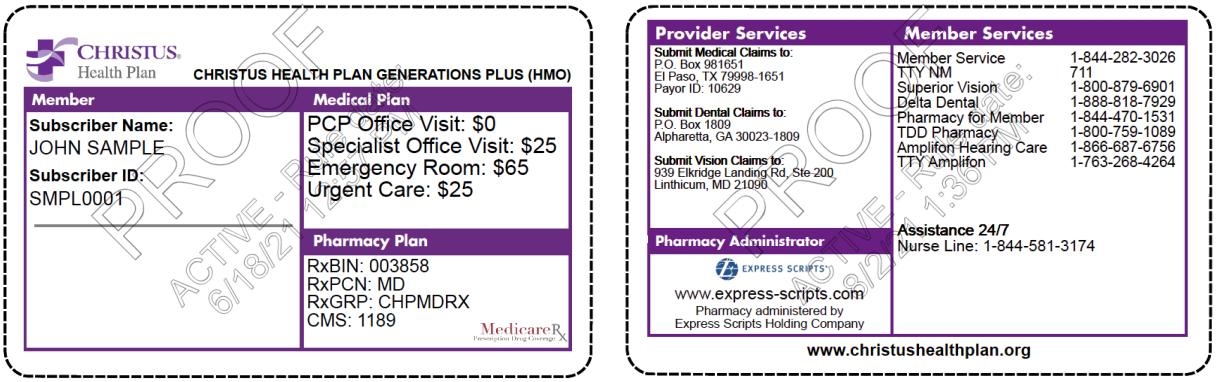
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a CHRISTUS Health Plan Generations Plus si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. CHRISTUS Health Plan Generations Plus debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación de rutina

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye a todos los proveedores de atención médica y los proveedores de equipo médico duradero que forman parte de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro Plan. La lista más actualizada de proveedores 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 con receta cubiertos para los miembros de nuestros planes.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos y surtir sus recetas en una farmacia de la red si quiere que el plan los cubra (le ayude a pagarlos). Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que CHRISTUS Health Plan Generations Plus autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, y la cobertura fuera de la red y fuera del área

Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar los proveedores y las farmacias de la red que desee utilizar. Hemos hecho cambios a nuestras redes de proveedores y farmacias para el próximo año. Puede encontrar el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.christushealthplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2022 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red**.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y Ffarmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Puede llamar a Servicios para los miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en línea en www.christushealthplan.org o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios para los miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en CHRISTUS Health Plan Generations

Plus. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. 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 le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, podemos cubrir medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos. Para obtener información más completa y actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.christushealthplan.org) o llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran 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 los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que lo ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que usted, otros en su nombre y nosotros hemos gastado en medicamentos con receta de la Parte D y el monto total pagado por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante cada mes en que se utiliza el beneficio de la Parte D. En la EOB de la Parte D se ofrece más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos de menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar a la persona autorizada a darle recetas sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6, (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y de qué manera le puede servir para llevar un registro de su cobertura para medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también está a disposición de quienes la soliciten. Para obtener una copia, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para CHRISTUS Health Plan Generations Plus

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2022, la prima mensual de CHRISTUS Health Plan Generations Plus es de $20. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de "Ayuda adicional" y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre estos programas. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de cobertura* puede no aplicarse en su caso**. Hemos incluido un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta "acreditable". ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

  - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D. La Sección 5 del Capítulo 1 explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
  - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D, en el caso de que 2 años atrás hayan manifestado un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de cierto monto, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar el monto estándar de la prima y este cargo adicional, que se añadirá a la prima. La Sección 6 del Capítulo 1 explica el IRMAA con más detalle.

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la "multa por inscripción tardía" de 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 con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba una multa por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D o una cobertura para medicamentos con receta acreditable. ("Cobertura para medicamentos con receta acreditable" es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.) El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en CHRISTUS Health Plan Generations Plus, le informamos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de su prima del plan. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta por no pagar la prima de su plan.

Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta, 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 pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2022, el monto promedio de la prima es de $33.37.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $33.37 que es igual a $4.6718. Y se redondea en $4.70. Esta suma se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, la multa se incrementará.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa

Aunque haya retrasado su inscripción en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare llama a esto "**cobertura para medicamentos acreditable".** Tenga en cuenta lo siguiente:
    - La cobertura acreditable puede incluir la cobertura para medicamentos que proporcione un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
        - Tenga en cuenta lo siguiente: si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura de salud finalice, puede no significar que su cobertura para medicamentos con receta era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta "acreditable" que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
    - Las siguientes no son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.
    - Para obtener información adicional sobre las coberturas acreditables, consulte su manual *Medicare & You 2022* (*Medicare y Usted 2022*) 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 forma gratuita, durante 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 está en desacuerdo con su 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 la revisión de la decisión tomada al respecto. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede comunicarse con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará cuánto será ese monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del IRS, está por encima de cierto monto, pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional por sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si por ley usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**
- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en Internet o 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. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del documento denominado *Medicare & You 2022* (*Medicare y Usted 2022*) incluye información sobre las primas en la sección titulada “2022 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2022). Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen tres formas para pagar la prima del plan. Díganos cómo le gustaría pagar llamándonos al número que aparece en la contraportada de este folleto. Usted puede cambiar su método de pago llamándonos y díganos cómo le gustaría pagar.

Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

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

CHRISTUS Health Plan
Department 1239
P.O. Box 121239
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 Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026 para encontrar información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El departamento de Servicios para los miembros 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: Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

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

La prima de su plan se debe pagar en nuestra oficina antes del primero de cada mes. Si no hemos recibido su pago de la prima antes del primero de cada mes, 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 se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la prima dentro del plazo establecido, comuníquese con Servicios para los miembros para que le recomendemos programas que lo ayudarán a pagar la prima del plan. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, Original Medicare le brindará su cobertura médica.

Si cancelamos su membresía en el plan porque no pagó su prima, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare, usted tendrá la opción de inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o en un plan de salud que también ofrezca cobertura para medicamentos. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos “acreditable”, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, nos seguirá debiendo la prima que no pagó. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto de las primas que usted adeuda. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. 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 modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año. Si un miembro es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa "Ayuda adicional" pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa "Ayuda adicional".

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 8.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, como su médico de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección 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 sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran 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 su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte Sección 1.3 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 tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos 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.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación laboral.

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

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información del seguro, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para 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 **Contactos de CHRISTUS Health Plan Generations Plus** (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan) **26**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) **34**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **36**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) **38**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **39**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) **40**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta** **42**

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios** **45**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro médico de un empleador?** **46**

SECCIÓN 1 Contactos de CHRISTUS Health Plan Generations Plus (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicio para los miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan Generations Plus. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros 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. Servicios para los miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicios para los miembros 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.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus A la atención de: Member Services 919 Hidden Ridge Drive Irving, Texas 75038

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros 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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicios para los miembros 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.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus A la atención de: Medical Management P.O. Box 169001 Irving, Texas 75016-9001

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros 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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicios para los miembros 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.
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus A la atención de: Grievance & Appeals P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe 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 gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros 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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicios para los miembros 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.
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus A la atención de: Grievance & Appeals P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Plan Generations Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta 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 con receta según el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*.

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-935-6103 Las llamadas a este número son gratuitas. las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Este número está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-251-5896
ESCRIBA A	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
SITIO WEB	https://www.express-scripts.com/index.html

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros 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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicios para los miembros 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.
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus A la atención de: Grievance & Appeals P.O. Box 169009 Irving, TX 75016-9001
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-0380 Las llamadas a este número son gratuitas. las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicios para los miembros 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.
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus A la atención de: Grievance & Appeals P.O. Box 169009 Irving, TX 75016-9001
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Plan Generations Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos)*.

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros 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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El departamento de Servicios para los miembros 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.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus PO Box 169001 Irving, TX 75016
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

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

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de CHRISTUS Health Plan Generations Plus: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Plan Generations Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (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 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En New Mexico, el SHIP se llama Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo (New Mexico Aging and Long-Term Service Department).

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 recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen 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 que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las 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 PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en "**Formularios, ayuda y recursos**" en el extremo derecho del menú de la parte superior
- En el cuadro desplegable, haga clic en "**Números de teléfono y sitios web**"
- Ahora tiene varias opciones
    - Opción 1: puede tener un **chat en directo**
    - Opción 2: puede hacer clic en cualquiera de los "**TEMAS**" en el menú de la parte inferior
    - Opción 3: puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo de New Mexico: información de contacto
LLAME AL	1-800-432-2080 Las llamadas a este número son gratuitas. 1-505-476-4799 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.
TTY	1-505-476-4937 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo de New Mexico (New Mexico Aging and Long-Term Services Department) 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505
SITIO WEB	www.nmaging.state.nm.us

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En New Mexico la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con KEPRO:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (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	1-888-315-0636 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid
(un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifiying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el 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 4:30 p. m., hora local.
TTY	1-512-424-6587 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Departamento de Servicios Humanos de New Mexico (New Mexico Human Services Department) P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87505
SITIO WEB	www.hsd.state.nm.us/

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Algunas personas reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional” en forma automática y no necesitan presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional” en forma automática.

Usted puede obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

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

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Comuníquese con Servicios para los miembros si tiene preguntas acerca de cómo obtener información sobre sus copagos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta,

comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes de medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que no estén recibiendo la "Ayuda adicional". Para los medicamentos de marca, el descuento del 70% que brindan los fabricantes no incluye ningún costo de suministro en el período sin cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, el plan paga el 75% del precio por los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. Además, el costo de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de obtener descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda adicional"), aún conservará el 70% de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del 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 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a

medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido. En New Mexico, esta organización es el Programa de Tarjeta de Medicamentos de New Mexico (New Mexico Drug Card Program). Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare.

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

¿Qué ocurre si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?

No. Si recibe "Ayuda adicional", usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos con receta durante la Etapa del período sin cobertura.

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

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, debe revisar el próximo aviso de la E*xplicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En New Mexico, el Programa estatal de ayuda farmacéutica se llama Programa de Tarjeta de Medicamentos (New Mexico Drug Card Program).

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 5:00 p. m., hora local
SITIO WEB	https://newmexicodrugcard.com/

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta 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 para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 50

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 50

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan 50

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica 52

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica 52

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado? 53

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 54

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red 55

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 56

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica 56

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios 57

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 58

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 59

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos 59

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total 59

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 60

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 60

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? 61

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica" 62

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica? 62

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 62

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 63

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 63

SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento 64

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 64

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 64

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare? 65

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los “**proveedores**” son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los “**proveedores de la red**” son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro Plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los “**servicios cubiertos**” incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, CHRISTUS Health Plan Generations Plus debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

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

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá aprobarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una "remisión". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
    - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización de CHRISTUS Health Plan Generations Plus antes de buscar atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización 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 reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

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

Al inscribirse a CHRISTUS Health Plan Generations Plus, la primera y más importante decisión que debe tomar es elegir un proveedor 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 nuevo de CHRISTUS Health Plan Generations Plus.
- Haga una cita con su PCP para visitar a su PCP y él o ella lo conozca y comience 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 nuestro 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 la Tabla de beneficios para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa o comuníquese con Servicios para los miembros 1-844-282-3026.

¿Cómo elige al PCP?

Como miembro del plan CHRISTUS Health Plan Generations Plus, usted elige su proveedor de atención primaria (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, el PCP 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 su PCP. El *Directorio de proveedores y farmacias de* CHRISTUS Health Plan Generations le brinda una lista completa de los profesionales médicos 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 Servicios para los miembros 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

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP.

Si quiere cambiar de PCP, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-282-3026. Puede hacer la solicitud por escrito, por teléfono o en el sitio web de CHRISTUS Health Plan Generations Plus en www.christushealthplan.org. Servicios para los miembros 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 Servicios para los miembros, 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). Servicios para los miembros 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 PCP 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 si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible

comunicarse con ellos temporalmente (por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan).

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto.)

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

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

- Equipo médico duradero y suministros relacionados
- Atención hospitalaria para pacientes internados
- Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios
- Dispositivos protésicos y suministros relacionados
- Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)
- Algunas pruebas de diagnóstico para pacientes externos

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 dejan de participar en nuestro plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede

dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en el 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 proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará nuestro plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

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

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de 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 emergencias y atención urgentemente necesaria cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que CHRISTUS Health Plan Generations Plus autorice el uso de proveedores fuera de la red.

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

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una "**emergencia médica**" es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la 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 Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026. Los usuarios de TTY deben llamar al **7**11. Servicio para los miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.

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

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar del mundo. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Usted tiene cobertura de emergencias en todo el mundo. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los

proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- – *o* – la atención adicional que recibe se considera "servicios de urgencia" y usted sigue las normas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tenga.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Siempre debe tratar que los proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención médica de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

- **Vaya al proveedor de atención de urgencia más cercano.** No necesita recibir primero la aprobación o remisión 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.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca 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 urgencia, por lo general dentro de 48 horas. Comuníquese con el Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla, pueden llamar al número TTY al 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 Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede obtener la atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios internacionales de atención de emergencia y de urgencia, fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.christushealthplan.org

para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Generalmente, si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

CHRISTUS Health Plan Generations Plus cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*, encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos incurridos una vez que se alcanza un límite de beneficios no se tienen en cuenta para el monto máximo de costos que paga de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar a Servicios para los miembros.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “ensayo clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

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

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

> *A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente**:

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, de forma gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías

computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.)

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica"

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico "no exceptuado".

- La atención o el tratamiento médicos "no exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos "exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - *– y –* debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Si cumple con las condiciones descritas anteriormente y califica para la atención, usted debe seguir las normas de cobertura para hospitalizaciones y la atención en un centro de enfermería especializada. El costo compartido y los beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto en la Tabla de beneficios médicos.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, usualmente no tendrá posesión de los artículos del DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, CHRISTUS Health Plan Generations Plus cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja CHRISTUS Health Plan Generations Plus o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver al dueño.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es 15% de coseguro cada mes.

Si antes de inscribirse en CHRISTUS Health Plan Generations Plus pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en CHRISTUS Health Plan Generations Plus es el 15% de coseguro.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Si vuelve a Original Medicare, comienza un ciclo nuevo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado alquiler por equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en CHRISTUS Health Plan Generations Plus, se inscribe en CHRISTUS Health Plan Generations Plus durante 12 meses, y luego vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations Plus y luego vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 68

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 68

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos? 68

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos" 69

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 70

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 70

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 127

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 127

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El "**copago**" es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El "**coseguro**" es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde. Si considera que se le solicita que pague de manera incorrecta, póngase en contacto con Servicios para los miembros.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos dentro de la red por nuestro plan (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, el monto máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red en 2022 es $4,400. Los montos que usted paga por los deducibles, copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el

monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $4,400, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos"

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina "facturación de saldos". Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y 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 solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y 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 solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado saldos", llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que CHRISTUS Health Plan Generations Plus cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa"). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en negrita.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más; • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está relacionado con una cirugía; y • No está relacionado con un embarazo; Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.	Copago de $25 por visita para consultas de acupuntura cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación) El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Acupuntura (visitas de rutina, sin cobertura de Medicare) 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.
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. **El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.**	Copago de $110 por viaje para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare. Exento de copago si es hospitalizado.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año. **Nota**: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	*** Puede requerir autorización.** Copago de $40 por consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones • Quiropráctica de rutina limitada a 36 visitas por año.	*** Puede requerir autorización.** Copago de $20 para visitas cubiertas por Medicare. Copago de $20 para visitas de quiropráctica de rutina.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol (Guaiac Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT). Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años. Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Copago de $0 por enema de bario.
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: <u>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</u> – servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, relleno, extracción o reemplazo de dientes). <u>Servicios odontológicos preventivos</u> • Exámenes orales: 1 consulta cada año para examen oral • Profilaxis: 1 consulta cada 6 meses para limpieza de dientes	Copago de $25 por servicio cubierto por Medicare. Copago de $5 por servicio preventivo.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Tratamiento con flúor: 1 consulta cada 6 meses para tratamiento con flúor • Radiografías: Una vez cada 2 años <u>Servicios odontológicos integrales</u> Servicios de diagnóstico, restaurativos, extracciones, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, dentaduras postizas, cirugía bucal o maxilofacial y otros servicios que no son de rutina.	Copago de $20 por servicio. El límite del máximo del beneficio es $2,000 cada año. El máximo del beneficio solo aplica a servicios sin cobertura de Medicare.
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones	Copago de $0 para los suministros para el control de

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.	la diabetes cubiertos por Medicare. Suministros y servicios para diabéticos limitados a aquellos de fabricantes específicos.
• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.	Copago de $0 para los zapatos terapéuticos o plantillas cubiertas por Medicare.
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	Copago de $0 por para los servicios capacitación para el autocontrol de diabetes o servicios para diabetes cubiertos por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación)	**Puede requerir autorización para los zapatos y plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare.**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "equipo médico duradero"). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. 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. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Generalmente, CHRISTUS Health Plan Generations Plus cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de CHRISTUS Health Plan Generations Plus y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).	***Puede requerir autorización para el equipo médico duradero cubierto por Medicare.** 20% del costo del DME cubierto por Medicare. Suministros y servicios para diabéticos limitados a aquellos de fabricantes específicos.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta a nivel mundial. El transporte de emergencia está cubierto a nivel mundial.	Copago de $65 por consultas de emergencia cubiertas por Medicare. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su condición de emergencia, usted debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red. Copago de $65 por consultas de emergencia cubiertas por Medicare. Copago de $110 por viaje. Exento de copago si es admitido en el hospital.
Programas educativos 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.	Copago de $0 por programas de educación sobre salud y bienestar.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación) Los miembros deben ser referidos por su médico para recibir este servicio. **Beneficio de acondicionamiento físico** Este beneficio proporciona acceso a centros de acondicionamiento físico en nuestras áreas. Nuestra misión es brindar un centro de salud y acondicionamiento físico diseñado para educar a nuestra comunidad sobre la importancia de la condición física. Con un equipo de profesionales del acondicionamiento físico y la salud, así como programas innovadores, nuestra intención es brindar orientación a las personas para que tengan una mejor calidad de vida.	Cubierto por completo en Genoveva Chavez Community Center. Asignación mensual de $20 para el beneficio de acondicionamiento físico, reembolsada cada trimestre.
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Exámenes de rutina de la audición: 1 examen cada año Dispositivos auditivos: El miembro debe comprar los dispositivos auditivos seleccionados del fabricante elegido de Amplifon.	Copago de $25 para servicios por la audición cubiertos por Medicare por examen. Copago de $35 por un examen auditivo de rutina. Copago de $395 o $695 por dispositivos auditivos. El copago se basa en el fabricante, producto y el estilo seleccionado. No está cubierto fuera de la red.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Entrega de comidas a domicilio. Usted es elegible para recibir comidas a domicilio inmediatamente después de una cirugía u hospitalización; por enfermedades crónicas; por afecciones médicas o afecciones médicas potenciales que requieren que la persona inscrita permanezca en casa durante cierto tiempo. El centro de llamadas para los servicios de comidas llamará al miembro después del alta para confirma que desea recibir las comidas.	Copago de $0 por hasta 14 comidas entregadas a domicilio hasta por 7 días. Sin límite de alta en un año.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar 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.	***Puede requerir autorización para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para los servicios de agencia de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Tratamiento de infusión a domicilio El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Entre los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio se incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados según la atención del plan. • Capacitación y educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio.	20% del costo del tratamiento de infusión en el hogar cubierto por Medicare.
Atención en un hospicio Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. <u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por CHRISTUS Health Plan Generations Plus. No se requiere coseguro, copago ni deducible para para los servicios de consulta en hospicio

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <u>Para los servicios cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations Plus pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare</u>: CHRISTUS Health Plan Generations Plus continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). **Nota:** si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio.	***Se requiere autorización para los servicios para pacientes internados cubiertos por Medicare.** 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 atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si CHRISTUS Health Plan Generations Plus brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera 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 otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos.	vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red. Excepto en una emergencia, su médico debe decirle al plan que usted será hospitalizado.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) **Nota:** para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf 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 forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre un límite de por vida de 190 días atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de de la atención para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados de un hospital general. Nuestro plan también cubre 90 días para una estadía de paciente internado. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 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.	***Puede requerir autorización para los servicios de salud mental para pacientes internados cubiertos por Medicare.** Para hospitalizaciones 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.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes internados (continuación)	Excepto en una emergencia, su médico debe decirle al plan que usted será hospitalizado. **Si recibe servicios de hospitalización autorizados en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, deberá pagar el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.** Se cobra un copago por cada hospitalización.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	***Puede requerir autorización para los servicios en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare.** Usted es responsable del 100% del costo de los servicios recibidos que no sean médicamente necesarios o si excede cualquier límite de beneficios aplicable.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio.	*** Puede requerir autorización para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.** 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	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT). • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas.	*** Puede requerir autorización.** Copago de $25 por servicio cubierto por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías.	*** Puede requerir autorización.** Copago de $0 para radiografías cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros.	Copago de $20 para la radiología diagnóstica cubierta por Medicare.
• Servicios radiológicos de diagnóstico (IRM, TC, TEP).	Copago de $150 por la radiología diagnóstica cubierta por Medicare.
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.	20% del costo de suministros, férulas, yesos y otros aparatos quirúrgicos cubiertos por Medicare.
• Análisis de laboratorio.	Copago de $0 por los exámenes de laboratorio cubiertos por Medicare.
• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo 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 otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	Copago de $150 por unidad de los servicios para sangre cubiertos por Medicare.
• Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos.	Copago de $150 por procedimientos y exámenes no radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare.
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando	*** Puede requerir autorización.** Copago de $250 por servicios hospitalarios ambulatorios y servicios de observación cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf 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 forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos.	*** Puede requerir autorización.** Copago de $250 por servicios para paciente ambulatorio y servicios clínicos y de observación cubiertos por Medicare; copago de $100 para cirugía ambulatoria cubierta por Medicare; copago de $65 por

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	servicios del departamento de emergencias cubiertos por Medicare.
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.	$0 por exámenes de laboratorio cubiertos por Medicare; copago de $150 por procedimientos o exámenes ambulatorios no radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare.
• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención.	Copago de $55 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare; copago de $10 por servicios ambulatorios de salud mental cubiertos por Medicare.
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.	Copago de $0 para radiografías cubiertas por Medicare. Copago de $150 por la radiología diagnóstica cubierta por Medicare (IRM, TC, TEP). Copago de $20 para la radiología diagnóstica cubierta por Medicare.
• Suministros médicos como entablillados y yesos.	20% del costo de suministros, pruebas de detección y servicios preventivos cubiertos por Medicare.
• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.	20% del costo para los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.
Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf 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 forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Copago de $10 para servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	*** Puede requerir autorización.** Copago de $35 por servicios de rehabilitación para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Servicios no residenciales para pacientes externos proporcionados para el tratamiento de la adicción a las drogas o el alcohol, sin el uso de farmacoterapia. Esto incluye servicios intensivos para pacientes externos (durante todo el día por varios días), al igual que consejería tradicional (una o varias horas por día, cada una o dos semanas).	***Se puede requerir autorización para los servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos.** Copago de $10 para los servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos cubiertos por Medicare.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".	***Se requiere autorización para los servicios cubiertos de cirugía para pacientes externos de Medicare.** Copago de $100 por servicios para pacientes externos cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. Copago de $250 por servicios para pacientes externos cubiertos por Medicare en instalaciones hospitalarias.
Beneficio para medicamentos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) Esto incluye medicamentos de venta libre del catálogo de Convey 2021 sin receta médica. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información. **NOTA: La terapia de reemplazo de nicotina (TRN) no está incluida en este beneficio.**	Reembolso de hasta $100 cada 3 meses para medicamentos de venta libre. Puede hacer su pedido por teléfono al 1-877-906-0738 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m., hora del Este o en línea en ChristusHealthPlanOTC.com.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. **Nota:** debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes externos.	***Se puede requerir autorización para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.** Copago de $55 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Servicios del PCP para diagnosticar una enfermedad o lesión y brindar chequeos de bienestar. o Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. o Los servicios de telesalud están disponibles a través de teléfono o videollamadas. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital	Copago de $0 por visitas de atención primaria cubiertas por Medicare. Copago de $25 por cada visita con el especialista cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico **en los siguientes casos**: o No es un paciente nuevo **y** o El control no está relacionado con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores **y** o El control no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación de video o imágenes que usted envía a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas **en los siguientes casos:** o No es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores **y** o La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	Copago de $25 por cada visita odontológica no rutinaria cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos).	Copago de $25 por los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.
• Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.	Copago de $0 por el cuidado de rutina de los pies cubierto por Medicare.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).	*** Puede requerir autorización.** 20% del costo de los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Copago de $30 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare. **Se puede requerir autorización para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.**
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 55 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 30 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT: los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	Copago de $0 por servicios de educación de enfermedad renal, incluyendo terapia de nutrición para personas con enfermedad renal terminal. Coseguro de 20% para servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SKILLED NURSING FACILITY, SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF", por "Skilled Nursing Facility"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa 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 otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los 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.	***Se requiere autorización para los servicios en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare.** Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Días 1 al 20: Copago de $0 por admisión. Días 21 al 100: Copago de $150 por día. El plan cubre hasta 100 días de SNF por período de beneficios.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SKILLED NURSING FACILITY, SNF) (continuación) • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación.	**Se puede requerir autorización para el tratamiento con ejercicios supervisados cubiertos por Medicare.** Copago de $10 por servicios de SET cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (continuación) • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	
Transporte El transporte incluye los siguientes medios de transporte: taxi, servicios de transporte compartidos, autobús, metro, camioneta, transporte médico.	**Se puede requerir autorización para los servicios de transporte.** $0 para un viaje en una sola dirección a ubicaciones aprobadas (hasta 150 millas fuera del área de servicio), hasta un máximo de 12 viajes en una sola dirección por año.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red. La atención de urgencia está cubierta a nivel mundial.	Copago de $25 para consultas por servicios de atención de urgencia necesarios cubiertos por Medicare. Copago de $65 para consultas por servicios de atención de urgencia necesarios (a nivel mundial).
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). •	Copago de $25 por los exámenes oculares cubiertos por Medicare. Copago de $35 los exámenes de detección de glaucoma. Copago de $25 por los exámenes de detección retinopatía diabética. Copago de $0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista (continuación) • Un examen anual de la vista de rutina, limitado a un examen cada año. • Anteojos (montura y lentes) o lentes de contacto.	después de una cirugía de cataratas. Copago de $0 por examen de rutina de la vista. Asignación de $100 por año para un (1) par de anteojos (montura/lentes) o lentes de contacto.
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Cuadro de beneficios de procedimientos dentales de rutina

	SOLO PARA PROVEEDORES PARTICIPANTES El reembolso está basado en una asignación máxima del plan para proveedores participantes.
Deducible anual Por miembro	**Sin deducible**
Máximo anual	**$2,000 por miembro por año calendario**

Copago del miembro			
Categoría del servicio dental	**Delta Dental Dentista de Medicare**	**Delta Dental PPO o dentista principal**	**Dentista que no es de Delta Delta Dental**
Asignación máximo por contrato	**Tarifa PPO del cliente**	**No está cubierto**	**No está cubierto**
Diagnóstico y prevención	100% menos copago de $5**	No está cubierto	No está cubierto
Sellantes	100% menos copago de $5**	No está cubierto	No está cubierto
Mantenedores de espacios	100% menos copago de $5**	No está cubierto	No está cubierto
Servicios básicos y mayores de restauración	100% menos copago de $20**	No está cubierto	No está cubierto
Cirugía bucal	100% menos copago de $20**	No está cubierto	No está cubierto
Endodoncia	100% menos copago de $20**	No está cubierto	No está cubierto
Periodoncia quirúrgica	100% menos copago de $20**	No está cubierto	No está cubierto
Prótesis: fijas y removibles, implantes	100% menos copago de $20**	No está cubierto	No está cubierto
Reparación y realineación de dentaduras postizas	100% menos copago de $20**	No está cubierto	No está cubierto
Ortodoncia	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
TMJ	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

*** Los copagos son por procedimiento; la cobertura requiere procedimientos actuales, sujetos a cumplir con CDT.*

SELECCIÓN DE UN PROVEEDOR

Usted solo puede recibir beneficios por servicios cubiertos proporcionados por el proveedor participante de Medicare Advantage, Delta Dental. Para recibir los beneficios de este plan, la atención dental que usted reciba debe ser servicios cubiertos y deben ser proporcionados por un proveedor participante. El plan no paga beneficios de atención dental que no estén cubiertos y para tener derecho a los servicios cubiertos por los beneficios, deben ser proporcionados por un proveedor participante, a menos que el servicio proporcionado sea una emergencia. Le recomendamos que verifique si el dentista que va a consultar es un proveedor participante en este plan dental antes de cada cita. Consulte la sección "Cómo se pagan los reclamos" para encontrar una explicación de los procedimientos de pago para comprender el método de pago que se aplica a su proveedor participante elegido.

Encontrar un proveedor participante de Delta Dental para Medicare Advantage.

Hay dos maneras de encontrar un proveedor participante para Medicare Advantage cerca de usted:

- Puede acceder a la información a través del sitio web deltadentalins.com/CHPMedicareAdvantage. Este sitio web incluye la búsqueda de proveedores, lo que le permite ubicar a proveedores participantes por ubicación y especialidad; o
- También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente a la línea gratuita (888) 818-7929 y un representante le ayudará. Delta Dental puede proporcionarle la información acerca de los proveedores participantes de Delta Dental según la ubicación y especialidad.

CÓMO SE PAGAN LOS RECLAMOS

Pago por servicios - Proveedores participantes

Seleccionar un proveedor participante le permite al miembro obtener los beneficios para servicios cubiertos que necesite. El pago a los proveedores participantes se calcula según la asignación máxima del plan. Los proveedores participantes aceptan la asignación máxima de Delta Dental como pago completo para servicios cubiertos, lo que significa que usted solo será responsable de pagar cualquier costo compartido que aplique al servicio cubierto.

La parte de la asignación máxima que paga el plan está limitada al nivel de beneficios del plan que aparece en el Anexo A. El pago del plan se envía directamente al proveedor participante que presentó el reclamo. Delta Dental le informará acerca de cualquier cargo

que no pague el plan y de los cuales usted sea responsable. Estos costos compartidos son generalmente su parte de la asignación máxima del plan (coseguro), así como cualquier deducible, cargos que exceden el monto máximo y/o cargos por servicios no cubiertos.

SERVICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D0120	Evaluación bucal periódica, paciente establecido	$5.00
D0140	Evaluación bucal limitada, enfocada en el problema	$5.00
D0150	Examen bucal integral- paciente nuevo o establecido	$5.00
D0180	Examen Periodontal integral- paciente nuevo o establecido	$5.00
D0210	Intraoral- serie completa de imágenes radiográficas	$5.00
D0220	Intraoral, primera imagen radiográfica periapical	$5.00
D0230	Intraoral, periapical cada imagen radiográfica adicional	$5.00
D0240	Intraoral, imagen radiográfica oclusal	$5.00
D0270	Aletas de mordida, imagen radiográfica individual	$5.00
D0272	Aletas de mordida, dos imágenes radiográficas	$5.00
D0274	Aletas de mordida, cuatro imágenes radiográficas	$5.00
D1208	Aplicación tópica de esmalte con flúor, excluyendo esmalte	$5.00
D1351	Sellante, por diente	$5.00
D1352	La restauración de resina preventiva es un descanso conservador en pacientes con riesgo moderado a alto de caries en los dientes permanentes, de una lesión activa cariada en un una fosa o fisura que no se extiende hasta la dentina: incluye colocación de un sellante en fosas o fisuras irradiadas no cariadas.	$5.00
D1510	Protector de espacio, removible, unilateral	$5.00
D1515	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral	$5.00
D1520	Protector de espacio, removible- unilateral	$5.00
D1525	Protector de espacio, removible- bilateral	$5.00
D1550	Recementación o readhesión de mantenedor de espacio	$5.00
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia) del dolor dental- procedimientos menores	$5.00
D1110	Profilaxis- adulto	$5.00
D1120	Profilaxis- niño	$5.00
D0277	Aletas de mordida vertical, 7 a 8 películas	$5.00
D0330	Imagen radiográfica panorámica	$5.00
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica	$5.00
D0350	Imagen fotográfica bucal en 2D o facial obtenida intraoral o extraoralmente	$5.00

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D0391	Interpretación de una imagen de diagnóstico por parte de un profesional no relacionado con la captura de la imagen, incluye el reporte.	$5.00
D0470	Moldes de diagnóstico	$5.00
D1206	Aplicación tópica de esmalte con flúor	$5.00
D2140	Amalgama, una superficie, primaria o permanente	$20.00
D2150	Amalgama- dos superficies, temporales o permanentes	$20.00
D2160	Amalgama, tres superficies, primarias o permanentes	$20.00
D2161	Amalgama, cuatro superficies o más, primarias o permanentes	$20.00
D2330	Composite a base de resina, una superficie, anterior	$20.00
D2331	Composite a base de resina, dos superficies, anterior	$20.00
D2332	Composite a base de resina, tres superficies, anterior	$20.00
D2335	Composite a base de resina, cuatro o más superficies o que incluya el ángulo incisal (anterior)	$20.00
D2390	Corona de composite a base de resina, anterior	$20.00
D2391	Composite a base de resina, una superficie, posterior	$20.00
D2392	Composite a base de resina, dos superficies, posterior	$20.00
D2393	Composite a base de resina, tres superficies, posterior	$20.00
D2394	Composite a base de resina, cuatro o más superficies, posterior	$20.00
D2510	Incrustación, metálica -1 superficies	$20.00
D2520	Incrustación, metálica -2 superficies	$20.00
D2530	Incrustación, metálica -3 + superficies	$20.00
D2542	Sobreincrustación, metálica, dos superficies	$20.00
D2543	Sobreincrustación, metálica -3 superficies	$20.00
D2543	Sobreincrustación, metálica -3 superficies	$20.00
D2544	Sobreincrustación, metálica -4 + superficies	$20.00
D2740	Corona, porcelana/cerámica	$20.00
D2750	Corona- porcelana fundida en un metal noble/muy resistente	$20.00
D2751	Corona, porcelana fundida en un metal predominantemente base	$20.00
D2752	Corona- porcelana fundida en un metal noble)	$20.00
D2780	Corona, total por colado en un metal noble/muy resistente**	$20.00

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D2781	Corona, total por colado en un metal predominantemente base	$20.00
D2783	Corona, porcelana/cerámica	$20.00
D2790	Corona, total por colado en un metal noble/muy resistente**	$20.00
D2791	Corona, total por colado en un metal predominantemente base	$20.00
D2792	Corona, completa por colado en un metal noble	$20.00
D2794	Corona, titanio	$20.00
D2910	Recementación o readhesión, incrustación, sobreincrustación, carilla o restauración parcial de la superficie	$20.00
D2920	Recementación o readhesión de corona	$20.00
D2929	Corona prefabricada de acero inoxidable– dientes temporales	$20.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes temporales	$20.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes permanentes	$20.00
D2940	Restauración de protección	$20.00
D2950	Fortalecimiento del muñón, incluyendo cualquier perno cuando es necesario	$20.00
D2951	Retención con perno, por diente, además de la restauración	$20.00
D2954	Perno y muñón prefabricado además de la corona	$20.00
D2980	Reparación de coronas, según reporte	$20.00
D2981	Reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración	$20.00
D2982	Reparación de sobreincrustación necesaria por falla del material de restauración	$20.00
D2983	Reparación de carillas necesaria por falla del material de restauración	$20.00
D2990	Infiltración con resina en lesiones incipientes en superficie lisa	$20.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final) - extirpación de la pulpa en dirección coronaria desde la unión cemento-dentinaria y aplicación de un medicamento	$20.00
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis, dientes permanentes con desarrollo incompleto de raíz	$20.00
D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible), anterior, dientes temporales (excluye restauración final)	$20.00
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible), posterior, dientes temporales (excluye restauración final)	$20.00
D3310	Terapia de endodoncia, dientes anteriores (excluye restauración final)	$20.00

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar (excluye restauración final)	$20.00
D3330	Terapia de endodoncia, diente moral (excluye restauración final)	$20.00
D3346	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, anterior	$20.00
D3347	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, premolar	$20.00
D3348	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, molar	$20.00
D3351	Apexificación/recalcificación, visita inicial (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)	$20.00
D3352	Apicoformación/recalcificación - remplazo de medicamento temporal	$20.00
D3353	Apexificación/recalcificación, visita final (incluye terapia de canales completa, cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	$20.00
D3354	Regeneración pulpar, incluye tratamiento regenerativo completo de un diente permanente inmaduro con pulpa necrótica. Incluye eliminación de medicamento intracanal y procesos necesarios para regenerar el desarrollo de raíces y radiografías necesarias.	$20.00
D3410	Apicectomía, anterior	$20.00
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	$20.00
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	$20.00
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	$20.00
D3450	Amputación de raíz, por raíz	$20.00
D3920	Hemisección (incluye cualquier extracción de raíz), no incluye terapia de canal radicular	$20.00
D4210	Gingivectomía o gingivoplastía, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$20.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastía, de uno hasta tres dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$20.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastía para permitir el acceso para el procedimiento restaurativo, por diente	$20.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluye alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$20.00
D4249	Alargamiento clínico de coronas, tejido rígido	$20.00

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D4260	Cirugía ósea (incluyendo la elevación de un espesor total y cierre de colgajo)- cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$20.00
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando del pedículo	$20.00
D4273	Procedimiento de injerto de tejido subepitelieal del pedículo	$20.00
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluyendo cirugía del sitio del donante), en el primer diente o espacio desdentado en el injerto	$20.00
D4278	Procedimiento de injerto de tejido (incluyendo el sitio quirúrgico del donante), cada diente contiguo adicional posición desdentada en el mismo sitio de injerto	$20.00
D4283	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluyendo el sitio quirúrgico del receptor y del donante), cada diente contiguo adicional, implante o posición desdentada en el mismo sitio de injerto	$20.00
D4285	Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluyendo el sitio quirúrgico del receptor y el material del donante), cada diente contiguo adicional, implante o posición desdentada en el mismo sitio de injerto	$20.00
D4341	Raspado periodontal y alisado de raíz, cuatro o más dientes por cuadrante	$20.00
D4342	Raspado periodontal y alisado de raíz, uno a tres dientes por cuadrante	$20.00
D4355	Un desbridamiento bucal completo para permitir la evaluación integral y diagnóstico integrales en una visita posterior	$20.00
D4910	Mantenimiento periodontal	$20.00
D5110	Dentadura postiza completa- maxilar	$20.00
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	$20.00
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	$20.00
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	$20.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluye cualquier retenedor, soporte y dientes)	$20.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes, y dientes)	$20.00
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal colado con base de resina de la prótesis (incluye cualquier retenedor, soporte y dientes convencionales)	$20.00

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal colado con base de resina de la prótesis (incluye cualquier retenedor, soporte y dientes convencionales)	$20.00
D5281	Dentadura postiza parcial unilateral removible, una pieza de metal colado	$20.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	$20.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	$20.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	$20.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	$20.00
D5510	Reparación de base de dentadura postiza completa rota	$20.00
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, prótesis total (cada diente)	$20.00
D5610	Reparación de base de dentadura postiza de resina	$20.00
D5620	Reparación de estructura por colado	$20.00
D5630	Reparación o reemplazo del material de sujeción del retenedor, por diente	$20.00
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	$20.00
D5650	Agregar diente a dentadura postiza parcial existente	$20.00
D5660	Agregar retenedor a dentadura postiza parcial existente	$20.00
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	$20.00
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	$20.00
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	$20.00
D5730	Reajuste de dentadura postiza completa maxilar (consultorio)	$20.00
D5731	Reajuste de dentadura postiza completa mandibular (consultorio)	$20.00
D5740	Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar (consultorio)	$20.00
D5741	Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular (consultorio)	$20.00
D5750	Reajuste de dentadura postiza completa maxilar (laboratorio)	$20.00
D5751	Reajuste de dentadura postiza completa mandibular (laboratorio)	$20.00
D5760	Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar (laboratorio)	$20.00
D5761	Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular (laboratorio)	$20.00
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	$20.00
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	$20.00
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, implante endosteal	$20.00
D6012	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante temporal-implante endosteal	$20.00

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D6013	Colocación quirúrgica de mini implantes	$20.00
D6040	Colocación quirúrgica: implante eposteal	$20.00
D6050	Colocación quirúrgica- implante trasosteal	$20.00
D6053	Dentaduras postizas removible con soporte de pilar/implante para arco desdentado completamente	$20.00
D6054	Dentaduras postizas removible con soporte de pilar/implante para arco desdentado parcialmente	$20.00
D6055	Barra de conexión- implante sostenido o pilar sostenido	$20.00
D6056	Pilar prefabricado	$20.00
D6058	Corona cerámica/porcelana con soporte de pilar	$20.00
D6059	Porcelana con soporte de pilar fundida en una corona de metal (metal noble/muy resistente)	$20.00
D6060	Porcelana con soporte de pilar fundida en una corona de metal (base predominantemente de metal)	$20.00
D6061	Porcelana con soporte de pilar fundida en una corona de metal (metal noble)	$20.00
D6062	Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble/muy resistente)	$20.00
D6063	Corona de metal fundido con soporte de pilar (base predominantemente de metal)	$20.00
D6064	Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble)	$20.00
D6065	Corona cerámica/porcelana con soporte de implante	$20.00
D6066	Porcelana con soporte de implante fundida en una corona de metal (titanio, aleación de titanio, metal noble/muy resistente)	$20.00
D6067	Corona de metal con soporte de implante (titanio, aleación de titanio, metal noble/muy resistente)	$20.00
D6068	Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana/cerámica	$20.00
D6069	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida en FPD de metal (metal noble/muy resistente)	$20.00
D6070	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida en FPD de metal (base predominantemente de metal)	$20.00
D6071	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida en FPD de metal (metal noble)	$20.00
D6072	Retenedor con soporte de pilar para FPD colado (metal noble/muy resistente)	$20.00
D6073	Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal colado (base predominantemente de metal)	$20.00

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D6074	Retenedor con soporte de pilar para FPD colado (metal noble)	$20.00
D6075	Retenedor con soporte de implante para FPD de cerámica	$20.00
D6076	Retenedor con soporte de implante para porcelana fundida en FPD de metal (titanio, aleación de titanio o metal noble/muy resistente)	$20.00
D6077	Retenedor con soporte de implante para FPD de metal colado (titanio, aleación de titanio o metal noble/ muy resistente)	$20.00
D6078	Dentaduras postizas fijas con soporte de pilar/implante para arco desdentado completamente	$20.00
D6079	Dentaduras postizas fijas con soporte de pilar/implante para arco desdentado parcialmente	$20.00
D6080	Mantenimiento periodontal	$20.00
D6090	Reparación de prótesis soportada por implante	$20.00
D6091	Reemplazo del aditamento - prótesis soportada por implante/pilar	$20.00
D6095	Reparación de prótesis soportada por pilar	$20.00
D6100	Extracción del implante, según informe	$20.00
D6101	Desbridamiento de un defecto peri-implante o de los defectos que rodean a un implante único y limpieza de las superficies expuestas del implante, incluyendo la entrada y cierre del colgajo	$20.00
D6102	Desbridamiento y tallado óseo de un defecto peri-implante o de los defectos que rodean a un implante único, e incluye limpieza de las superficies expuestas del implante, incluyendo la entrada y cierre del colgajo	$20.00
D6103	Injerto óseo para reparar el defecto del peri-implante - no incluye la entrada y cierre del colgajo. La colocación de una membrana de barrera o materiales biológicos para ayudar la regeneración ósea son reportadas por separado.	$20.00
D6104	Injerto de hueso en el momento de la colocación del implante	$20.00
D6190	Índice radiográfico/quirúrgico para implantes, según reporte	$20.00
D6205	Póntico, composite a base de resina indirecta	$20.00
D6210	Póntico, por colado en un metal noble/muy resistente	$20.00
D6211	Pónticos colados predominantemente con metal base	$20.00
D6212	Póntico, por colado en un metal noble	$20.00
D6214	Póntico, titanio	$20.00
D6240	Póntico- porcelana fundida- un noble/muy resistente	$20.00
D6241	Póntico, porcelana fundida en un metal base	$20.00
D6242	Póntico, porcelana fundida- un metal noble	$20.00

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D6245	Póntico, prótesis fija - porcelana/cerámica	$20.00
D6250	Póntico- resina con un metal noble/muy resistente	$20.00
D6251	Póntico- resina con un metal noble	$20.00
D6252	Póntico- resina con un metal noble	$20.00
D6545	Retenedor - de metal colado, fijo	$20.00
D6740	Corona de retenedor– porcelana/cerámica	$20.00
D6750	Corona- porcelana fundida un noble/muy resistente	$20.00
D6751	Corona de porcelana fundida en un metal base	$20.00
D6752	Corona- porcelana fundida en un metal noble	$20.00
D6780	Corona -3/4 por colado en un metal noble/muy resistente	$20.00
D6781	Corona 3/4 por colado en metal predominantemente básico, en prótesis fija	$20.00
D6782	Corona 3/4 por colado en metal, en prótesis fija	$20.00
D6783	Corona 3/4 porcelana/cerámica, en prótesis fija	$20.00
D6790	Corona, completa por colado en un metal noble/muy resistente	$20.00
D6791	Corona, completa por colado en un metal básico	$20.00
D6792	Corona, completa por colado en un metal noble	$20.00
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	$20.00
D6980	Reparación de dentaduras postiza parcial fija	$20.00
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (remoción por medio de elevador y/o fórceps)	$20.00
D7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere la extracción de hueso o la sección de un diente e incluye elevación de colgajo mucoperióstico si se indica	$20.00
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	$20.00
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente en hueso	$20.00
D7240	Extracción de diente impactado- completamente en hueso	$20.00
D7241	Extracción de diente impactado, completamente en hueso, con complicaciones quirúrgicas inusuales	$20.00
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales del diente (procedimiento de corte)	$20.00
D7251	Coronectomía, extracción parcial intencional del diente, se realiza cuando se puede producir una complicación neurovascular si se extrae todo el diente impactado	$20.00
D7270	Reimplantación del diente y/o estabilización de un diente desplazado o perdido accidentalmente	$20.00
D7280	Acceso quirúrgico de un diente retenido	$20.00

Procedimientos cubiertos	Descripción de los beneficios	Plan de copagos
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios de diente por cuadrante	$20.00
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones, uno a tres dientes o espacios de diente, por cuadrante	$20.00
D7320	Alveoloplastia no junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios de diente, por cuadrante	$20.00
D7321	Alveoloplastia no junto con extracciones, uno a tres dientes o espacios de diente, por cuadrante	$20.00
D7471	Extirpación de exóstosis - por sitio	$20.00
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intraoral	$20.00
D7910	Sutura de heridas pequeñas hasta 5 cm	$20.00
D7921	Recolección y aplicación de un producto sanguíneo autólogo concentrado	$20.00
D7971	Escisión de encía periocoronaria	$20.00
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia) del dolor dental-procedimientos menores	$20.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general, incrementos cada 15 minutos	$20.00
D9243	Sedación intravenosa (consciente) moderada/analgesia, incrementos cada 15 minutos	$20.00
D9248	Sedación moderada (consciente) no intravenosa	$20.00
D9310	Consulta- servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no es el dentista o médico solicitante	$20.00
D9610	Administración de medicamento terapéutico, según reporte	$20.00
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas), circunstancias poco comunes, según reporte	$20.00
D9940	Protector oclusal, según informe	$20.00
D0160	Examen bucal detallado y extenso, problema enfocado, por informe	$20.00

LIMITACIONES:

(1) Los servicios que son más costosos que el tratamiento normalmente proporcionado bajo las prácticas dentales estándar aceptadas, se llaman “Servicios opcionales”. Los servicios opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándar. Ejemplos de servicios opcionales:

- Una restauración de composite en lugar de una restauración de amalgama en dientes posteriores;
- Una corona donde un relleno restauraría el diente;

- Una incrustación/sobreincrustación en lugar de una restauración de amalgama; o
- Materiales como porcelana, resina o similares para coronas ubicadas en el segundo o tercero molar maxilar o en cualquier molar mandibular (se hará una asignación para la corona de porcelana fundida con un metal noble/muy resistente).

Si una persona inscrita recibe servicios opcionales, se permitirá un beneficio alternativo, lo cual significa que Delta Dental basará los beneficios en el costo menor del servicio habitual o en la práctica estándar en lugar del costo más alto del servicio opcional. La persona inscrita será responsable de la diferencia ente el costo más alto del servicio opcional y el costo más bajo del servicio habitual o procedimiento estándar.

(2) Delta Dental pagará los exámenes bucales (excepto en el caso de exámenes realizados después del horario habitual de servicio y exámenes de observación) y las limpiezas (incluyendo limpiezas periodontales en caso de encías inflamadas o una combinación de ambas) no más de dos veces en un año calendario. Se permite un desbridamiento completo de la boca una vez de por vida y cuenta para la frecuencia de las limpiezas que se proporcionan en un año. Tenga en cuenta que, las limpiezas periodontales, los código de procedimiento que incluyen limpiezas periodontales y desbridamiento completo de la boca están normalmente cubiertos como beneficio básico y las limpiezas de rutina están cubiertas normalmente como beneficio de diagnóstico y prevención.

(3) Limitaciones para radiografías:
- Delta Dental limitará el monto total reembolsable a la tarifa aceptada por el proveedor por una serie completa de radiografías intraorales cuando las tarifas en combinación de radiografías intraorales en una sola serie de tratamiento cumplan o excedan la tarifa aceptada por una serie completa de radiografías intraorales.
- Cuando una radiografía panorámica se presenta con radiografías suplementarias, Delta Dental limitará el monto total reembolsable a la tarifa aceptada por el proveedor para una serie completa de radiografías intraorales.
- Si una radiografía panorámica se toma junto a una serie completa de radiografías intraorales, Delta Dental incluirá la radiografía panorámica dentro de la serie completa.
- Una serie completa de radiografías intraorales y una radiografía panorámica están limitadas a una cada 60 meses.
- Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a dos veces en un año calendario cuando sean proporcionadas a inscritos menores de 18 años y una vez cada año calendario para inscritos de 18 años y más. Las radiografías de aleta de mordida de cualquier tipo no están autorizadas dentro de los 12 meses siguientes a una serie de radiografías bucales completas, a menos que circunstancias especiales lo justifiquen.

(4) La aplicación soluciones tópicas de flúor está limitada a los inscritos hasta los 19 años y no más de dos veces en un año calendario.

(5) Limitaciones para mantenedores de espacio:
- Los mantenedores de espacio están limitados al aparato inicial y son un beneficio para inscritos hasta los 14 años.
- La recementación del mantenedor de espacio está limitado a uno de por vida.

- La extracción de un mantenedor fijo de espacio está considerada como incluida en la tarifa para el mantenedor de espacio; sin embargo, se hará una excepción si la extracción la realiza un proveedor o consultorio diferente.

(6) Las pruebas de vitalidad pulpar están permitidas una vez al día cuando no se realice el tratamiento definitivo.

(7) Las radiografías cefalométricas, imágenes fotográficas faciales/bucales y moldes de diagnóstico están cubiertos una vez de por vida solo cuando los servicios de ortodoncia están cubiertos. Si los servicios de ortodoncia están cubiertos, consulte las limitaciones, ya que pueden aplicar límites de edad.

(8) Los sellantes están limitados de la siguiente manera:
- Para los primeros molares permanentes hasta los ocho años y los segundos molares permanentes hasta los 15 años, si no hay caries o restauraciones en las superficies oclusales.
- No incluye la reparación o el reemplazo de un sellante en cualquier diente dentro de los 24 meses siguientes a su aplicación.

(9) Consultas con el especialista, exámenes y evaluaciones de pacientes están limitados a una de por vida por proveedor y cuentan para la frecuencia del examen bucal.

(10) Delta Dental no cubrirá el reemplazo de una amalgama o restauraciones de composite basadas en resina (rellenos) o resinas prefabricadas y coronas de acero inoxidable dentro de 24 meses de tratamiento si el servicio es proporcionado por el mismo proveedor o en el mismo consultorio. El reemplazo de restauraciones dentro de 24 meses está incluido en la tarifa de la restauración original.

(11) Las coronas de acero inoxidable están permitidas en dientes de bebé (dientes de leche) y dientes permanentes hasta los 16 años de edad.

(12) La pulpotomía terapéutica está limitada a una de por vida para dientes de bebé (dientes de leche) únicamente y es considerado tratamiento paliativo para dientes permanentes.

(13) La terapia de tratamiento de canales y la terapia pulpar (relleno reabsorbible) están limitadas a una vez de por vida. La repetición del tratamiento de canales por el mismo proveedor o consultorio dentro de 24 meses se considera parte del procedimiento original.

(14) La apexificación solo es un beneficio para dientes permanentes con el desarrollo incompleto de canales o para la reparación de una perforación. Las visitas de apexificación tienen un límite de por vida por diente de una visita inicial, cuatro visitas temporales y una visita final hasta los 19 años.

(15) La repetición de cirugía apical por el mismo proveedor o consultorio dentro de 24 meses está considerada como parte del procedimiento original.

(16) La retención de pernos está cubierta no más de una vez en cualquier período de 24 meses.

(17) Tratamiento paliativo está cubierto por visita, no por diente, y las tarifas incluyen todos los tratamientos proporcionados, diferentes a radiografías requeridas o procedimientos diagnóstico seleccionados.

(18) Limitaciones para procedimiento periodontales:
- Los beneficios para raspado periodontal y alisado radicular en el mismo cuadrante están limitados a una vez por cada período de 24 meses.
- La cirugía periodontal en el mismo cuadrante está limitada a una vez por cada período de 36 meses e incluye cualquier reentrada quirúrgica o raspado y alisado radicular.
- Los servicios periodontales, incluyendo los injertos óseos de reemplazo, regeneración guiada de tejido, procedimientos de injerto y materiales biológicos para ayudar la regeneración de tejidos blandos y óseos solo están cubiertos para el tratamiento de dientes naturales y no están cubiertos cuando se presentan junto a extracciones, cirugía perirradicular, aumento de bordes o implantes.
- Si se debe realizar un raspado y alisado radicular en el mismo cuadrante, deben ser realizados al menos seis semanas antes de la cirugía periodontal.
- Las limpiezas (de rutina y periodontales) y desbridamiento completo de la boca están sujetas a un período de espera de 30 días después de un raspado periodontal y alisado radicular si se hacen en el mismo consultorio.

(19) Los servicios de cirugía bucal están cubiertos una vez de por vida, excepto la extracción de quistes y lesiones e incisión y procedimientos de drenaje, los cuales están cubiertos una sola vez el mismo día.

(20) Los siguientes procedimientos bucales se llevan a cabo solo hasta los 19 años: fibrotomía transeptal/supracrestal, según reporte.

(21) Los siguientes procedimientos bucales se llevan a cabo solo hasta los 19 años (o límite de edad para ortodoncia) siempre y cuando los servicios de ortodoncia estén cubiertos: acceso quirúrgico de un diente retenido, colocación de dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado y reposicionamiento quirúrgico de los dientes.

(22) Las coronas e incrustaciones/sobreincrustaciones están limitados a inscritos mayores de 12 años y están cubiertas no más de una vez en cualquier período de 60 meses, excepto cuando Delta Dental determine que la corona o incrustación/sobreincrustación existente no es satisfactoria y no puede serlo debido a que el diente involucrado ha experimentado pérdida considerable o cambios en la estructura del diente o los tejidos de soporte.

(23) Cuando un beneficio alternativo de una amalgama está permitido para incrustaciones/sobreincrustaciones, estas están limitadas a inscritos mayores de 12 años y están cubiertas no más de una vez en cualquier período de 60 meses.

(24) El fortalecimiento del muñón, incluyendo cualquier perno, está cubierto no más de una vez en cualquier período de 60 meses.

(25) Los servicios para pernos y muñones están cubiertos no más de una vez en cualquier período de 60 meses.

(26) Las reparaciones de coronas están cubiertas no más de una vez en cualquier período de 60 meses.

(27) Las reparaciones de dentaduras postizas están cubiertas no más de una vez en cualquier período de seis meses, excepto por las reparaciones de dentaduras postizas fijas, las cuales están cubiertas no más de dos veces en cualquier período de 60 meses.

(28) Los aparatos de prostodoncia (incluyendo implantes y/o prótesis soportada por implante*) que fueron proporcionados bajo cualquier plan de Delta Dental serán reemplazados solo después de que hayan pasado 60 meses, excepto cuando Delta Dental determine que hay una pérdida considerable del diente remanente o un cambio en el tejido de soporte y que el punto fijo actual o dentadura postiza no pueda hacerse satisfactorio. Los aparatos fijos de prostodoncia están limitados a inscritos mayores de 16 años. El reemplazo de aparatos de prostodoncia (y/o prótesis soportadas por implante*) que no hayan sido proporcionadas bajo un plan de Delta Dental se hará si Delta Dental determina que no es satisfactorio y no es posible hacerlo satisfactorio.
* Aplica si los implantes están indicados como cubiertos en el diseño del plan propuesto. Las ayudas que facilitan el diagnóstico y tratamiento para implantes se consideran parte de, y están incluidas en las tarifas del tratamiento definitivo. El pago de Delta Dental para la extracción de implantes está limitado a una por cada implante, de por vida para el inscrito, ya sea que haya sido proporcionado por Delta Dental o cualquier otro plan dental.

(29) Cuando un puente fijo posterior y una dentadura postiza parcial removible esté ubicada en el mismo arco en el mismo episodio de tratamiento, solo la dentadura postiza parcial será parte de un beneficio.

(30) La recementación de coronas, incrustaciones/sobreincrustaciones o puentes está incluido en la tarifa por la corona, incrustaciones/sobreincrustaciones o puente si se realizó con el mismo proveedor o consultorio dentro de los seis meses de la colocación inicial. Después de seis meses, el pago será limitado a una recementación de por vida por el mismo proveedor o consultorio.

(31) Delta Dental limita los pagos por dentaduras postizas a dentaduras parciales estándar o completas (aplica coseguro para el inscrito). Una dentadura postiza estándar significa un aparato removible para reemplazar los dientes naturales, permanentes ausentes, y está hecha de materiales aceptados por medios convencionales e incluye atención de rutina después de la entrega, incluyendo cualquier ajuste y rebasado durante los primeros seis meses después de la colocación.
- El rebasado de dentadura postiza está limitado a uno en un período de 24 meses e incluye rebase y ajustes durante seis meses después de la colocación.
- Las dentaduras postizas, dentaduras postizas parciales removibles y rebases incluyen ajustes por seis meses después de la colocación. Después de los seis meses iniciales de

un ajuste o rellenos los ajustes están limitados a dos por arco en un año calendario y el rebase a uno por arco en un período de seis meses.
- El acondicionamiento de tejido está limitado a dos por arco en un período de 12 meses. Sin embargo, el acondicionamiento de tejido no está permitido como beneficio separado cuando se realiza el mismo día que el servicio de dentadura, relleno o rebase
- La recementación de dentaduras postizas parciales fijas limitada a uno de por vida.

EXCLUSIONES

Delta Dental no paga beneficios por:

(1) Tratamiento por lesiones o enfermedades cubiertas por la compensación de trabajadores o las leyes de responsabilidad de empleadores; servicios recibidos sin costo por cualquier agencia federal, estatal o local, a menos que esta exclusión sea prohibida por la ley.

(2) Procedimientos o cirugía cosméticos por razones puramente cosméticas.

(3) Prótesis maxilofaciales.

(4) Restauraciones provisiones y/o temporales (excepto una dentadura postiza parcial temporal removible para reemplazar dientes anteriores permanentes extraídos durante períodos de curación para niños de 16 años y menores).

(5) Servicios por malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (después del nacimiento), incluyendo, pero no limitadas a paladar hendido, malformaciones de la mandíbula inferior y superior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (ausencia congénita de dientes), excepto aquellos servicios proporcionados a recién nacidos por defectos congénitos diagnosticados o anomalías del nacimiento.

(6) Tratamiento para estabilizar los dientes, tratamiento para restaurar la estructura de los dientes pérdida por desgaste, erosión o abrasión o tratamiento para reconstruir o mantener superficies masticatorias debido a dientes mal alienados u oclusión. Los ejemplos incluyen, pero no están limitados a equilibrio, férulas periodontales, ajustes oclusales completos o protectores nocturnos/oclusales y abfracción.

(7) Cualquier procedimiento único proporcionado antes de la fecha en que el inscrito ganó la elegibilidad para recibir servicios bajo este plan.

(8) Medicamentos con receta, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales/de investigación.

(9) Cargos por anestesia, diferente a la anestesia general y sedación por IV administrada por el proveedor en relación con una cirugía bucal o con procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados.

(10) Injertos extraorales (injerto de tejidos externos a tejidos bucales).

(11) Coronas procesadas en el laboratorio para inscritos menores de 12 años.

(12) Puentes fijos y dentaduras parciales removibles para inscritos menores de 16 años.

(13) Implantes temporales.

(14) Incrustraciones/sobreinscrustaciones basadas en resina indirectamente fabricadas.

(15) Cargos de cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier tarifa adicional del proveedor por el tratamiento en cualquier centro.

(16) Tratamiento proporcionado por una persona diferente al proveedor o una persona que por ley, trabaje bajo la supervisión directa del proveedor.

(17) Cargos incurridos por instrucciones de higiene bucal, programa del control de la placa, programas de control preventivo, incluyendo horas de cuidado en el hogar, instrucciones respecto a las dietas, duplicaciones de radiografías, pruebas de detección del cáncer, asesoramiento sobre el tabaco o citas no cumplidas.

(18) Servicios administrativos de práctica dental incluyendo, pero no limitada a, preparación de reclamos, cualquier fase de odontología sin tratamiento, tales como la prestación de un ambiente antiséptico, esterilización de equipo o control de infecciones, o cualquier material auxiliar utilizado durante la prestación rutinaria de un tratamiento, como hisopos de algodón, gaza, baberos, tapabocas o técnicas de relajación como música.

(19) Procedimientos que tengan un pronóstico cuestionable basado en la revisión de la documentación presentada de un consultor dental profesional.

(20) Cualquier cargo impuesto (o al que se incurrió) por un gobierno, estado u otra entidad, en relación con cualquier tarifa por beneficios proporcionados bajo el contrato, será responsabilidad del inscrito y no es un beneficio cubierto.

(21) Los deducibles, los montos por encima del máximo del plan y/o cualquier servicio no están cubiertos por el plan dental.

(22) Servicios cubiertos por el plan dental, pero que exceden los límites de beneficios o no concuerdan con las políticas de procesamiento en vigor al momento en que se procesa el reclamo.

(23) Servicios por tratamiento de ortodoncia (tratamiento de maloclusión de dientes y/o mandíbula), a menos que sea indicado como cubierto en el diseño del plan propuesto.

(24) Servicios por cualquier perturbación de las articulaciones temporomandibulares (TMJ, por sus siglas en inglés) o músculos, nervios y otros tejidos asociados, a menos que sea indicado como cubierto en el diseño del plan propuesto.

(25) Implante endoóseo endodóntico.

(26) Implantes y servicios relacionados, a menos que sea indicado como cubierto en el diseño del plan propuesto.

Las limitaciones y exclusiones pueden variar según los beneficios seleccionados y las regulaciones estatales.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no lo cubre.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura.		✓ Cubierta para el dolor crónico en la parte baja de la espalda.
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
Entrega de comidas a domicilio.		✓ Inmediatamente después de una cirugía u hospitalización; por enfermedades crónicas; por afecciones médicas o afecciones médicas potenciales que requieren que la persona inscrita permanezca en casa durante cierto tiempo. Sin límite de alta en un año.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención odontológica que no sea de rutina.		✓ Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos.		✓ Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina como limpiezas, rellenos o dentaduras postizas.		✓ Los servicios odontológicos de prevención como exámenes bucales, radiografías dentales, limpiezas y tratamiento con flúor son servicios cubiertos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia visual y otros dispositivos para la visión baja.		✓ Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas; un examen de rutina para la vista y una asignación para anteojos.
Cuidado de rutina de los pies.		✓ Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.		✓ Se cubre un examen de rutina para la audición, así como cobertura limitada para dispositivos auditivos.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.

CAPÍTULO 5

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 136

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D 136

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D 136

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 137

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red 137

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 138

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan 139

Sección 2.4 ¿Cómo puedo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? 140

Sección 2.5 ¿Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan? 141

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 142

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 142

Sección 3.2 Hay cinco "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos 143

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 144

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 144

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 144

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay? 145

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 146

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 147

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera 147

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 148

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? 150

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 151

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año..... 151

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando? 151

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 153

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 153

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta 155

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro 155

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? 155

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 155

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? 155

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)? 156

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados? 156

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? 157

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 158

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura 158

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides 158

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 159

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de "Ayuda adicional" y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le hemos enviado un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** En el próximo capítulo se describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, CHRISTUS Health Plan Generations Plus también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre, generalmente, los medicamentos que le dan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*) le informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta, ya sea hospitalaria o en un centro de atención de enfermería especializada, y sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección sobre hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

En la siguiente sección se describe la cobertura de sus medicamentos según las normas de los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

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

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta.

- La persona autorizada que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) que demuestre que está calificada para emitir recetas. De lo contrario, se rechazará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que la llame o la visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona autorizada que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.christushealthplan.org) o llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si se cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le escriba una receta nueva o que su receta se transfiera a la farmacia nueva de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido 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 solicite **hasta un suministro de 90 días.**

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web (www.christushealthplan.org) o comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 21 días como máximo. En el caso en que un pedido por correo se retrase, la farmacia de pedido por correo le ayudará a coordinar un surtido a corto plazo con una farmacia cercana a usted. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para recibir ayuda.

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

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- O se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando al número de Servicio para miembros que aparece al reverso de su tarjeta.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

- Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros al número de Servicio para miembros que aparece al reverso de su tarjeta.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al número de Servicios para los miembros al número que aparece al reverso de su tarjeta.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado. Si opta por no usar un programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al número de Servicios para los miembros al número que aparece al reverso de su tarjeta.

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Comuníquese con la farmacia de su elección y deles su información de contacto actualizada.

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

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo). Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas

posiblemente acepten un costo compartido inferior para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento Otras, tal vez, no acepten un costo compartido inferior para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el **servicio de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de "**pedido por correo**" en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedido por correo del plan permite que solicite hasta un suministro de 90 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan?

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red si no puede usar una farmacia 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 estos casos, **primero consulte con Servicios para los miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la

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

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*". En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la "Lista de medicamentos" para abreviarla**.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento que *esté en una de estas condiciones*:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- -- *o* -- esté avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero suele costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Convey al 1-877-906-0738.

¿Qué no se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

Sección 3.2 Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

	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 no 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.

En el Capítulo 6 (Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. (Tenga en cuenta lo siguiente: La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, podemos cubrir medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos.)
2. Visite el sitio web del plan (www.christushealthplan.org). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual lo ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección y sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y el costo compartido de los medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico O ha escrito "sin sustitución" en la receta para un medicamento de marca O nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina "**autorización previa**." A veces, el requisito para obtener autorización por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina "**tratamiento escalonado**."

Limitaciones de la cantidad de medicamento

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora 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 está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.christushealthplan.org).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Esperamos que su cobertura para medicamentos sea adecuada para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O se puede limitar la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los cinco diferentes niveles de costos compartidos. El monto que pague por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando tiene algún tipo de restricción. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

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

1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser de uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan**.
- o -- el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron 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 es miembro nuevo en el plan y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para un máximo de 31 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de hasta 31 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 34 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.

- 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 34 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 pedir un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un

medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del Formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran 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 para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 (Nivel de especialidad) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir cambios que se hayan realizado después de la última actualización. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**

    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.
    - Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
    - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).
    - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**

    - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
    - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**

    - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea 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, o ambas cosas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un

resurtido para 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

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

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción es la siguiente: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
    - En general, la cobertura del "uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando esté sustentada por ciertas referencias específicas, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está avalado por alguna de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso para una indicación no autorizada".

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si usted recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan nuestra parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia su parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D) encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

Tenga en cuenta lo siguiente: cuando usted ingresa a un centro de atención de enfermería especializada, reside en este o sale de él tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cancelación de su membresía en el plan*, se explica cómo puede dejar de participar en nuestro Plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene 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 obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será un suministro para un máximo de 34 días o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [Long Term Care, LTC] puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 34 días o menos si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será complementaria a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la "cobertura acreditable":

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es "acreditable" y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es "**acreditable**", quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio deben informar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que surta su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D, Capítulo 6 (Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D), que ofrecen más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que usted debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor 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 y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de los

medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Estas limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinada(s) farmacia(s).
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinado(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si consideramos 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 limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. 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. Si decide apelar, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. 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 drepanocitos, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

El programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o que están en un DMP para que los ayude a utilizar sus opioides de forma segura pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro

profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de "bienestar", para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 164

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos 164

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 165

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento 165

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de CHRISTUS Health Plan Generations Plus? 165

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 167

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D") 167

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 168

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5 169

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $150 por sus medicamentos del Nivel 4 y del Nivel 5 169

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 169

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene 169

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento 170

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo 172

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a *largo plazo* (90 días) 173

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los$4,430 174

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos 175

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $7,050 175

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta 176

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 178

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 178

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales 178

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 178

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 179

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna 179

Sección 9.2 Usted puede llamar a Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna 181

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de "Ayuda adicional" y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le hemos enviado un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- ***La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar las cosas, utilizamos la denominación "Lista de medicamentos".
    - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.

  - También le indica en cuál de los cinco "niveles de costo compartido" se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5, se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido"; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El "**deducible**" es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El "**copago**" es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El "**coseguro**" significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento

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

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de pago de los medicamentos" para su cobertura para medicamentos con receta según CHRISTUS Health Plan Generations Plus. El

monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Tenga presente que siempre es su responsabilidad el pago de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa del período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
Comienza en esta etapa de pago cuando obtiene el primer medicamento con receta del año Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos del Nivel 4 y del Nivel 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado $150 por sus medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5. ($150 es el monto del deducible del Nivel 4 y Nivel 5). (Puede ver los detalles en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.** Después de que usted (u otros en su nombre) haya alcanzado su deducible para los medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5 y usted paga su parte. Permanece en esta etapa hasta que los "**costos totales de los medicamentos**" del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de $4,430. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de sus medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los **"costos que paga de su bolsillo"** del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de $7,050. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma. (Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el sábado, 31 de diciembre de 2022). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

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

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

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

Nuestro plan preparará un resumen por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces se lo denomina "EOB de la Parte D") cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a lo largo del plan durante el mes anterior. En la EOB de la Parte D se ofrece más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos de menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar a la persona autorizada a darle recetas sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio de porcentaje desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento con receta que puedan estar disponibles.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una "EOB de la Parte D") por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto

o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $150 por sus medicamentos del Nivel 4 y del Nivel 5

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Usted pagará un deducible anual de $150 en los medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura inmediatamente.

- El **"costo total"** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado $150 por los medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5, sale de la Etapa del 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 que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

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

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

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

	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 no 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 farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro Plan.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

- El "**copago**" es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El "**coseguro**" significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

- Si el costo del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

- Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)** (suministro para hasta 34 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta 31 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	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
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	Copago de $35	Copago de $35	Copago de $35
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)** (suministro para hasta 34 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta 31 días)
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	29% de coseguro	29% de coseguro	29% de coseguro

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el monto que pagará será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
    - A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 31 días) es $31. Esto

significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a *largo plazo* (90 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

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

- Tenga en cuenta lo siguiente: si los costos del medicamento cubierto son inferiores al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro-de la red) (suministro para hasta 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para hasta 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 no preferidos)	Copago de $105	Copago de $70
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	30% de coseguro	30% de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	29% de coseguro	29% de coseguro

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,430

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de $4,430 para la Etapa de cobertura inicial.**

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye:
  - Los $150 que pagó cuando estaba en la Etapa del deducible.
  - El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **El total que el plan pagó** como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2022, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, han gastado en usted durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $4,430 en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto de $4,430. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $7,050

Cuando usted está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y el 25% de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. En 2022, el monto es de $7,050.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando llega al límite de lo que paga de su bolsillo de $7,050, usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa del deducible.
  - La Etapa de cobertura inicial.
  - La Etapa del período sin cobertura.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa en su nombre **otras personas u organizaciones.** Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $7,050 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Cuando suma los costos que paga de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

- El monto que paga por la prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro Plan. Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de los costos que paga de su

bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $7,050 en el año, en este informe, se le indicará que ha dejado la Etapa del período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted reúne las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $7,050 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
  - – *ya sea* – coseguro del 5% del costo del medicamento.
  - – *o* – $3.95 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $9.85 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

CHRISTUS Health Plan Generations Plus ofrece un beneficio de farmacia para medicamentos de venta libre adicional a los beneficios de la Parte D descritos en este capítulo. Este beneficio brinda hasta $100 cada 3 meses para medicamentos de venta libre incluidos en el Formulario de medicamentos de venta libre de CHRISTUS Health Plan Generations Plus y que no necesitan una receta médica.

Para pedir medicamentos de venta libre:

Puede solicitar los medicamentos de venta libre de la siguiente manera cada trimestre. Su pedido se enviará directamente a su hogar.

1. Puede hacer su pedido en línea en el sitio web de CHRISTUS Health Plan OTC www.christushealthplanotc.com.
2. Puede hacer su pedido enviando por correo postal el formulario de pedido que viene en el catálogo.
3. Si tiene preguntas o desea hacer un pedido por teléfono, los asesores de OTC están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m., hora del Este en el 1-877-906-0738 (TTY: 711).

	Período	Fecha límite de pedido	Límite
Trimestre 1	Enero a marzo de 2022	30 de abril de 2022	$100
Trimestre 2	Abril a junio de 2022	30 de julio de 2022	$100
Trimestre 3	Julio a septiembre de 2022	30 de octubre de 2022	$100
Trimestre 4	Octubre a diciembre de 2022	30 de enero de 2023	$100

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Hay dos partes de 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 con receta.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “colocación” de la vacuna).

¿Qué paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del deducible y del período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: la vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces podrá pedirle al plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que usted pagó menos el coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración): menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que

normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos la diferencia).

Situación 3: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará.

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna: menos cualquier diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos la diferencia).

Sección 9.2 Usted puede llamar a Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para los miembros cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.
- Le podemos decir cómo mantener su propio costo bajo si acude a proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para conseguir que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 184

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 184

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 186

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 186

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 187

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos 187

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación 188

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 188

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo 188

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama "reembolsar"). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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 pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina "facturación de saldos". Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte la Sección 1.3, del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. ("Retroactiva" significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su rembolso.

Llame a Servicios para los miembros para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.christushealthplan.org) o llame a Servicios para los miembros y pida el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Medical Claims:
CHRISTUS Health Plan
A la atención de: Claims
P.O. Box 981651
El Paso, TX 79998-1651

Drug Claims:
Express Scripts
A la atención de: Medicare Part D Claims
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512

Debe presentarnos la reclamación dentro del plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo

5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en donde debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio menor que nuestro precio

A veces, cuando está en la Etapa del deducible y la Etapa del período sin cobertura puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio que es inferior al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- Tenga en cuenta lo siguiente: si usted está en la Etapa del deducible y Etapa del período sin cobertura, no pagaremos ninguna parte de estos costos de los medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

2. Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- Tenga en cuenta lo siguiente: como usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar 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 192

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.) 192

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 193

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 193

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 194

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 196

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 198

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 198

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 199

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 199

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 199

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 sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos y disponibles para responder las preguntas de los asegurados 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 sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros (los números figuran en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo se incluye la información de contacto o puede contactar a Servicios para miembros para obtener información adicional.

Debemos proporcionarle información de una manera adecuada para usted (en otros idiomas distintos al inglés o en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener la información en la forma que mejor funcione para usted, llame a Servicios para miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto). Nuestro plan cuenta con personal y servicios gratuitos de interpretación de idiomas, disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Asimismo, le podemos brindar la información en braille, en letra grande o en formatos alternativos sin ningún costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle la información sobre los beneficios del plan de una manera accesible y adecuada para usted. Para obtener información acerca de nosotros de una manera que le resulte útil, por favor llame a Servicio para miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener la información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame a Servicios para miembros para presentar una queja (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto). Usted también puede presentar una queja a 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; si necesita información adicional también puede comunicarse con Servicios para miembros.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 brinda una explicación más amplia). Llame a Servicios para los miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de que obtener una remisión.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le explica lo que puede hacer).

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo.* El permiso por escrito puede ser dado por

usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.

- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y las clasificaciones por estrellas del plan, incluida

la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias.*
    - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.
    - **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
    - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario),* describen qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos.
    - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
    - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
    - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).

- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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

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

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **"instrucciones anticipadas".** Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el **"testamento vital"** y el **"poder de representación para la atención médica"** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas. Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante New Mexico Department of Health Incident Management Bureau.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O **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 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
    - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto *Evidencia de cobertura* sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que paga.

  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
  - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina **"coordinación de beneficios"** porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
  - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B para poder seguir siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento. Esto

será un copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.

- Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle 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 le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
- Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran 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.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicios para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar a Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, 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)

SECCIÓN 1 Introducción 206
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 206
Sección 1.2 Acerca de los términos legales 206

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 207
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 207

SECTION 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 207
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 207

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 208

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 208
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general 208
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 210
Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación? 211

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 211
Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 211
Sección 5.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (Cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 213
Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 217
Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2 221
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? 223

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 224

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D 224

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 226

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 228

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 229

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 233

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 236

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 238

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 238

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 240

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 243

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?244

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro Plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 247

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). 247

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura 248

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 249

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 251

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?252

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 255

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos 255

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D 257

PRESENTAR QUEJAS 258

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 258

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 258

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. 260

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja 261

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad 262

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 263

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas.**

Ambos procesos han sido autorización por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECTION 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ.**

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, "Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones"**.

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

El proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su

médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una Organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro Plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
    - Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
    - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
    - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y pida el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.) El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no**

es obligatorio que contrate a un abogado para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto".
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

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

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).* Para simplificar las cosas, en general, hablaremos

de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, y también medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención.

2. Nuestro plan no autorización la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.

4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

   NOTA: **si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)**, debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

   - Sección 7 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
   - Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo pedirle a nuestro Plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un CORF.

Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si vamos a cubrir la atención médica que usted quiere.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2.**
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted quería que lo hiciéramos.	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolsemos atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (Cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **"determinación de la organización"**.

<u>Paso 1:</u> usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión de cobertura rápida"**.

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"decisión acelerada"**.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada, *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si está solicitando un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, para una solicitud **de un artículo o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar 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, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas, si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**
    - **No obstante**, si está solicitando **un artículo o servicio médico, podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar

una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar 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 tan pronto como tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
  - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta, se le dirá que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre 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 para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida sobre un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas.** Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 24 horas.**
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar

tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos 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 damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 24 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar"

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar sobre un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud.** Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
  - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos 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 damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 72 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida"**.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo puede comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.**
    - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra

revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada"**.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta e**n un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médico **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si decidimos

tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos 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 damos una respuesta para la fecha correspondiente indicada (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales por su solicitud de artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

Paso 1: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una "apelación rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una "apelación estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares o en el plazo de 72 horas de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares** o en el plazo de **24 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]).* También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos).*

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos

por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a haber *rechazado* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.)

- **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones "medicamento con receta cubierto para pacientes externos" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 *(Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D)* y el Capítulo 6 *(Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D)*.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó 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 de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **"determinación de cobertura"**.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como estas:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
  - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra autorización antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece a continuación para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede solicitar una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la autorización del plan por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted quería que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** (Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla).

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **"excepción al Formulario"**.

   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique al Nivel 4, el Nivel de Medicamentos no preferidos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **"excepción al Formulario"**.

   - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
     - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
     - *Que se obtenga la autorización del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse "autorización previa.")
     - *Que se exija probar primero otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse "tratamiento escalonado").
     - *Límites de cantidad.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
   - Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel"**.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría la parte que paga del costo del medicamento.
    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 (Nivel de especialidad).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, no aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D*. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.*
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a

alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.

- **Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo llamamos "declaración de respaldo"). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o el formulario de nuestro plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina una **"determinación de cobertura acelerada"**.

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
    - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida solo si su pedido hace referencia a un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
    - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*

- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
    - En esta carta, se le dirá que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
    - En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se indica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en **un plazo de 24 horas**.
    - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
    - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **brindarle la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

<u>Paso 3:</u> si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud de cobertura, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **"redeterminación"**.

Paso 1: se comunica con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida"**.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
    - Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.**
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
    - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.

- Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida"

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"redeterminación acelerada".**

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro Plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su

estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".

- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, **pero no más de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

<u>Paso 3:</u> si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

Paso 1: para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos para una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
        - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
        - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **"fecha del alta"**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se las ingresa en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe

dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización, y a saber quién pagará por ella.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata"**. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso ***no*** **significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.

- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran 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 el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece 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. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida un "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la

Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.** (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
    - Si usted cumple con este plazo, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
    - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Pida una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que realice una **"revisión rápida"** del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una **"revisión rápida"** también se denomina **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada"**.

<u>Paso 2:</u> la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.

- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales
La explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado del alta"**. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al 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 por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere 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 prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

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 harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama "confirmar la decisión".
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. ("Rápido" significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta, lo que suceda primero.) Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

- Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

<u>Paso 4:</u> si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

<u>Paso 1:</u> enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> la Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.

- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle el dinero) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Esta sección hace referencia a los siguientes tipos de atención *solamente*:

- **Servicios de atención médica** a domicilio que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo

tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
   - En el aviso por escrito, se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **"apelación rápida"**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 8.3, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación rápida). El aviso escrito se denomina **"Aviso de no cobertura de Medicare".**

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).

- Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Estos expertos no forman parte de nuestro Plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una "apelación rápida" (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro Plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso por escrito se denomina **"Explicación detallada de no cobertura"**.

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.** Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención.**

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron 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 de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó 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 harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral

para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas 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 administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico alcanza el valor en dólares requerido.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas 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 su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura** para medicamentos que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

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

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que

recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro Plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro Plan? ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Calidad de oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"

Términos legales

- En esta sección, una **"queja"** también se denomina **"reclamo"**.
- Otro término para **"presentar una queja"** es **"interponer un reclamo"**.
- Otra forma de decir **"usar el proceso para quejas"** es **"usar el proceso para interponer un reclamo"**.

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja

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

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará. Para información adicional, llame a Servicio para los miembros al 1-844-282-3026, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

  Esta es la manera en que funciona:

  - 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 una queja por escrito (puede enviarla por correo electrónico, fax o traerla 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 una 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 queja en menos de veinticuatro (24) horas después de haber presentado su queja. Usted también puede presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión de agregar una extensión para un servicio que solicitó o una apelación que presentó. Nosotros debemos solucionar su queja 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.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para los miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos una "queja rápida".** Si se le ha concedido una "queja rápida", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Términos legales
En esta sección, una **"queja rápida"** también se denomina **"reclamo acelerado"**.

<u>Paso 2:</u> analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos 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

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
    - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
    - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.

- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Plan Generations Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 266
Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 266

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 266
Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual 266
Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 267
Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 268
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 269

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 270
Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan ... 270

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 271
Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 271

SECCIÓN 5 CHRISTUS Health Plan Generations Plus debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 272
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 272
Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 273
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 273

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en CHRISTUS Health Plan Generations Plus puede ser de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección).

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
    - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
    - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro Plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "Período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a 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 con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - – *o* – Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - **Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

    Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

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

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
    - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
    - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

En determinadas situaciones, los miembros de CHRISTUS Health Plan Generations Plus pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial.**

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - En general, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
  - Si rompemos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).
  - Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).
  - **Nota:** si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber 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 cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. 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 con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- – *o* – Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

> **Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura "acreditable" para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe 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 cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2022*** (Medicare y Usted 2022).
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- 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 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- --*o*--puede llamar a Medicare al1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations Plus se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations Plus se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. o **Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations Plus se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja CHRISTUS Health Plan Generations Plus, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus

medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red de CHRISTUS Health Plan Generations Plus incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo

- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 CHRISTUS Health Plan Generations Plus debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

CHRISTUS Health Plan Generations Plus debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

- Si no paga las primas del plan durante sesenta días.
  - Debemos notificarle por escrito que tiene sesenta días para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios para los miembros** para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

CHRISTUS Health Plan Generations Plus no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro 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, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 276

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 276

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare..... 276

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), CHRISTUS Health Plan Generations Plus, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explica sobre las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el Formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: un auxiliar de atención de la salud a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cancelar o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen

fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta con el médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos con receta y servicios después de que pague cualquier deducible. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un

suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de "costo compartido". El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro "paga de su bolsillo".

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son los dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $7,050 medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen $4,430.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si

usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 se incluye más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro Plan o "miembro del plan"): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional

que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o plan Medicare con "pago por servicio"): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios del centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El

período de beneficios comienza el día en que usted va a un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente: un plan de necesidades especiales institucional en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan de necesidades especiales en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo

plazo (LTC). Estos centros de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facilities, SNF), centros de atención de enfermería (nursing facility, NF) o ambos, centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intelectual Disabilities, ICF/IID), o un centro psiquiátrico para pacientes internados. Para que un plan institucional de necesidades especiales brinde servicios a las personas con Medicare que residen en centros de atención a largo plazo, este debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan privado de pago por servicio (Private Fee for Service, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta.** Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

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 Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los "períodos sin cobertura" de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención de atención médica. Los llamamos **"proveedores de la red"** cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: el nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo". El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Reclamo" en esta lista de definiciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para los miembros, consulte el Capítulo 2.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte "Ayuda adicional".

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan Generations Plus

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros 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. Servicios para los miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros 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.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Plan Generations Plus A la atención de: Member Services P.O. Box 169009 Irving, TX 75016
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo de New Mexico (New Mexico Aging and Long-Term Services Department)

El Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo de New Mexico es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	información de contacto
LLAME AL	1-800-432-2080 Las llamadas a este número son gratuitas. 1-505-476-4799 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.
TTY	1-505-476-4937 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo de New Mexico (New Mexico Aging and Long-Term Services Department) 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505
SITIO WEB	www.nmaging.state.nm.us

***Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA)**. De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938 1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

844.282.3026 | TTY 711

1 oct. – 31 mzo. | 7 días de la semana | 8:00 a. m. – 8:00 p. m., hora local

1 abr. – 30 sept. | 8:00 a. m. – 8:00 p. m., hora local

CHRISTUShealthplan.org