

1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de Texas Independence Health Plan (HMO I-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Texas Independence Health Plan, es ofrecido por Texas Independence Health Plan, Inc. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Texas Independence Health Plan Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Texas Independence Health Plan).

Este documento está disponible gratis en español. Este material podría estar disponible en otros formatos (Braille, letra grande, etc.).

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

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

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

- La prima del plan y los costos compartidos.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H5015_S24EEISPHMO_C File & Use 10/14/2023

Índice

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	48
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	49
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>		51
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	52
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar	54
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	100
CAPÍTULO 5: <i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D</i>		103
SECCIÓN 1	Introducción	104
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	104
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	108
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	109
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	111
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	113
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	116
SECCIÓN 8	Surtir un medicamento con receta	117
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	118
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	119
CAPÍTULO 6: <i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D</i>		122
SECCIÓN 1	Introducción	123
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	126
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	126
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos	128
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	128
SECCIÓN 6	Costos en la etapa de período sin cobertura	131

Índice

SECCIÓN 7	Durante esta etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D	132
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtenga.....	132
CAPÍTULO 7: <i>Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		135
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos	136
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	138
SECCIÓN 3	Evaluaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	139
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		140
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	141
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	157
CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		159
SECCIÓN 1	Introducción	160
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	160
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	161
SECCIÓN 4	Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	162
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	165
SECCIÓN 6	Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	173
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto	183
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	190
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	197
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	200
CAPÍTULO 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>.....		204
SECCIÓN 1	Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan	205
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	205
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	206

Índice

SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	207
SECCIÓN 5	Texas Independence Health Plan debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	207
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	209
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	210
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	210
SECCION 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	210
SECCIÓN 4	Derechos de subrogación y responsabilidad frente a terceros	211
SECCIÓN 5	Aviso sobre recuperación de sobrepago	211
SECCIÓN 6	Información farmacéutica	212
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	213

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Actualmente está inscrito en Texas Independence Health Plan, que es un plan Medicare Advantage especializado (“Plan de necesidades especiales”)
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Texas Independence Health Plan.

Texas Independence Health Plan 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.

Texas Independence Health Plan es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Texas Independence Health Plan está diseñado específicamente para las personas que viven en una institución (como un hogar de ancianos o centro de cuidados a largo plazo) o viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención que se brinda, generalmente, en un centro de cuidados.

Nuestro plan incluye proveedores especializados en el tratamiento de pacientes que necesitan este nivel de atención. Como miembro del plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados y todo su servicio de atención estará coordinado por medio de nuestro plan.

La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud (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). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2	¿De qué trata el documento <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	--

Esta *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

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 Texas Independence Health Plan.

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 documento sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que le confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Texas Independence Health Plan 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 las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en Texas Independence Health Plan entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Texas Independence Health Plan después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, CMS) debe aprobar a Texas Independence Health Plan cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año 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 tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- -- y -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.
- -- y -- cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de atención que se brinda, generalmente, en un hogar de ancianos o centro de cuidados a largo plazo.

Para ser elegible para nuestro plan, debe vivir en un hogar de ancianos o centro de cuidados a largo plazo disponible a través de nuestro plan. Consulte el *Directorio de proveedores* del plan

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

para obtener una lista de nuestros hogares de ancianos o centros de cuidados a largo plazo contratados o llame a Servicios para los miembros y pídaenos que le enviemos una lista.

- Tenga en cuenta: si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener en un plazo de 1 mes, entonces todavía es elegible para ser miembro de nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período considerado de elegibilidad continua).

Sección 2.2	Esta es el área de servicio del plan de Texas Independence Health Plan
--------------------	---

Texas Independence Health Plan está disponible solo para personas que viven 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 estos condados en Texas: Aransas, Bastrop, Bexar, Calhoun, Cameron, DeWitt, Duval, Fayette, Fort Bend, Frio, Gregg, Guadalupe, Harris, Hidalgo, Jackson, Jefferson, Jim Wells, Kendall, Kleberg, Lavaca, Live Oak, Montgomery, Nueces, Starr, Tarrant, Travis, Washington, Wharton y Willacy.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. 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 2.3	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 Texas Independence Health Plan si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Texas Independence Health Plan debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 **Materiales importantes para miembros que recibirá**

Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan
--------------------	------------------------------------

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos 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 lugar de la tarjeta de miembro de Texas Independence Health Plan, es posible que tenga que pagar usted mismo 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 clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

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.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar los proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Texas Independence Health Plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red. También puede acceder a esta lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com/provider-directory.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través de Servicios para los miembros. Las solicitudes de directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros. También puede encontrar información en nuestro sitio web en <https://www.txindependencehealthplan.com/participating-pharmacies>.

Sección 3.4 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. Le indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos de acuerdo con el beneficio de la Parte D incluido en Texas Independence Health Plan. 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 Texas Independence Health Plan.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.txindependencehealthplan.com) o llamar a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Texas Independence Health Plan

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

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 el Programa estatal de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si *ya se inscribió* y recibe ayuda de algunos de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura podría no aplicar a usted.** Le enviamos un adjunto por separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también llamada Cláusula adicional del plan de Subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la Cláusula adicional LIS.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare y Usted 2024*, la sección titulada *Costos de Medicare de 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual de Texas Independence Health Plan es \$28.40.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare**

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura 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 u otra 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 Texas Independence Health Plan, le informamos el importe de la multa.

No **tendrá** que pagarla si se cumple lo siguiente:

- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un 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.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** 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.

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

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes 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 2024, el monto promedio de la prima es de \$34.70.
- 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 \$34.70, que es igual a \$4.85. Esto se redondea a \$4.90. Este monto 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 la multa por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- 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.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Tercero, si es menor de 65 y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. 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.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. 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. Sin embargo, 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.

Sección 4.4	Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos
--------------------	--

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. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar 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. 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. **Deberá pagar el monto adicional al Gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen dos formas de pagar la prima del plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Debe pagar su prima mensual directamente a nuestro plan con un cheque a nombre de Texas Independence Health Plan Inc. Le enviaremos una factura cada mes por el pago y es pagadero el primer día del mes siguiente. Puede enviar su pago con cheque a Texas Independence Health Plan, PO Box 677151, Dallas, TX 75267-7151. No haga su cheque pagadero a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Puede enviar su pago con cheque a Texas Independence Health Plan, PO Box 677151, Dallas, TX 75267-7151. Los pagos enviados por correo a una dirección diferente de Texas Independence Health Plan retrasarán el procesamiento del pago.

Opción 2: Hacer que la prima se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

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

Cambiar la forma en que paga su prima. Si decide cambiar el método de pago de la prima, el cambio 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. Llame a Servicios para los miembros para cambiar el método de pago.

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

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del último día de cada mes. 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 su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

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

No. No podemos 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.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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. Esto puede ocurrir 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 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, incluido su proveedor 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 o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de ancianos o centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en su información, llame a Servicios para los miembros.

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.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

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. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

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. 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.

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. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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 o pareja de hecho 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 usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido 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.

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono importantes
y recursos*

SECCIÓN 1 Contactos de Texas Independence Health Plan **(cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros)**

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del 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 Texas Independence Health Plan. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-833-471-8447 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-833-414-8447 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 horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.
ESCRIBA A	P.O. Box 981733 El Paso, TX 79998-1733
SITIO WEB	www.txindependencehealthplan.com

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con recetas de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones para atención médica o 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]*).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-833-471-8447 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-833-414-8447 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 horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-877-235-1650
ESCRIBA A	Texas Independence Health Plan Inc. Attn: Medical Determination P.O. Box 981733 El Paso, TX 79998-1733
SITIO WEB	www.txindependencehealthplan.com

Método	Apelaciones de atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-833-471-8447 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-833-414-8447 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 horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-833-605-4044

ESCRIBA A	P.O. Box 981733 El Paso, TX 79998-1733
SITIO WEB	www.txindependencehealthplan.com

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-213-1594 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-877-503-7231
ESCRIBA A	Texas Independence Health Plan Inc. c/o Elixir Attn: Clinical Services 7835 Freedom Ave NW North Canton, OH 44720
SITIO WEB	www.txindependencehealthplan.com

Método	Apelaciones sobre medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-213-1594 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-877-503-7231
ESCRIBA A	Texas Independence Health Plan Inc. c/o Elixir Attn: Appeals Department 7835 Freedom Ave NW North Canton, OH 44720
SITIO WEB	www.txindependencehealthplan.com

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 o farmacias, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. 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	1-833-471-8447 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-833-414-8447 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 horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-833-605-4044
ESCRIBA A	Attn: Grievance P.O. Box 981733 El Paso, TX 79998-1733
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Texas Independence Health Plan directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Quejas sobre medicamentos con receta de la Parte D o farmacias: información de contacto
LLAME AL	1-866-213-1594 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre medicamentos con receta de la Parte D o farmacias: información de contacto
FAX	1-833-605-4444
ESCRIBA A	1908 N. Laurent St., Suite 250 Victoria, TX 77901
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Texas Independence Health Plan directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en 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 recibí

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del 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: 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 de gastos médicos: información de contacto
LLAME AL	1-833-471-8447 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-833-414-8447 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 horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.
ESCRIBA A	Attn: Claims PO Box 981733 El Paso, TX 79998-1733
SITIO WEB	www.txindependencehealthplan.com

Método	Solicitudes de pago de medicamentos con receta información de contacto
LLAME AL	1-866-213-1594 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-866-646-1403
ESCRIBA A	Texas Independence Health Plan c/o Elixir Attn: DMR 7835 Freedom Ave NW North Canton, OH 44720
SITIO WEB	www.txindependencehealthplan.com

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 los “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. Durante 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	<p data-bbox="483 264 1401 590"><u>www.medicare.gov</u> 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, hogares de ancianos o centros de cuidados a largo plazo, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="483 596 1401 699">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="532 705 1401 1066" style="list-style-type: none"><li data-bbox="532 705 1401 808">• Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): Brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.<li data-bbox="532 814 1401 1066">• 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 <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="483 1073 1401 1142">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Texas Independence Health Plan</p> <ul data-bbox="532 1148 1401 1367" style="list-style-type: none"><li data-bbox="532 1148 1401 1367">• Informe a Medicare acerca de su queja: Puede presentar una queja sobre Texas Independence Health Plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a <u>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</u>. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="483 1373 1401 1654">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 y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP).

El Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) 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 Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) 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 Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en LOCALIZADOR DE SHIP en el medio de la página)
- Elija su ESTADO en la lista. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) – (SHIP de Texas): información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) – (SHIP de Texas): información de contacto
TTY	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) Texas Department of Insurance 333 Guadalupe Austin, TX 78701
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización para la mejora de la calidad se llama Kepro.

Kepro tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con 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 Texas: información de contacto
LLAME AL	Teléfono gratuito: 888-315-0636 O Teléfono local: 813-280-8256 Días de la semana: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y festivos: De 11:00 a. m. a 3:00 p. m.

Método	Kepro - Organización para la mejora de la calidad de Texas: información de contacto
TTY	711 Días de la semana: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y festivos: De 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
ESCRIBA A	Kepro 5201 W Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com/bene/statepages/texas

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 comuniquen 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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Seguro Social: información de contacto
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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **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 beneficios 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 beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-888-963-7111 (número gratuito) o 512-776-7111 (número local) Horario de atención: Los especialistas de contacto están disponibles para conversar de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto
TTY	711 o 1-800-735-2989 Estos números necesitan un equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	1100 West 49 th St. Austin, TX 78756-3119 O PO Box 149347 Austin, TX 78714-9347
SITIO WEB	www.211texas.org/

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

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

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.

Si usted califica automáticamente para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta. No tendrá que aplicar. Si no califica automáticamente, es posible que pueda 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 del día, los 7 días de la semana;
- Llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 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 bien
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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 tiene 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.

- Usted o su farmacéutico deben comunicarse con Servicios para los miembros lo antes posible (los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contratapa de este folleto).

Infórmele a nuestro representante de Servicios para los miembros que cree que pagó una cantidad incorrecta por sus medicamentos con receta. Nuestro representante de Servicios para los miembros revisará con usted una lista de documentos aceptables que pueden ayudarlo a confirmar que ha calificado para la Ayuda adicional. Si tiene alguno de estos documentos, se le pedirá que envíe por fax una copia del documento a nuestra atención al número de fax que se proporciona a continuación. Si no tiene una máquina de fax, se le pedirá que envíe una copia por correo al Plan a la dirección que se proporciona a continuación.

Texas Independence Health Plan
Attention: Enrollment – Best Available Evidence
PO BOX 981733
El Paso, TX 79998-1733
Fax: (866) 583-4679

Cualquiera de los siguientes elementos puede ser un ejemplo de evidencia:

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una copia del documento estatal que confirma el estado activo de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica del estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Otra documentación proporcionada por el estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Para las personas que no reúnen los requisitos, pero que solicitan y se determina que reúnen los requisitos para LIS, una copia de la carta de adjudicación de la SSA
- Si está institucionalizado y califica para cero costos compartidos:
 - Una remisión del centro que muestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
 - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en su nombre al centro por un año calendario completo

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre su estado institucional basado en al menos una estadía de un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Los documentos de CMS y SSA adicionales que respaldan el nivel de costo compartido de LIS de un beneficiario se pueden encontrar en el
 - Aviso de consideración – pub. n.º 11166 (aviso morado)
 - Aviso de inscripción automática – pub. n.º 11154 (aviso amarillo)
 - Aviso completo facilitado – pub. n.º 11186 (aviso verde)
 - Aviso parcial facilitado – pub. n.º 11191 (aviso verde)
 - Aviso de cambio de copago – pub. n.º 11199 (aviso naranja)
 - Aviso de reasignación – pub. n.º 11208 y 11209
- 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. Póngase en contacto con Servicios para los miembros si tiene preguntas.

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (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 (AIDS Drug Assistance Program, 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 costos compartidos de medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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 cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP). Puede comunicarse con el ADAP llamando al 1-800-255-1090.

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 Texas, los Programas estatales de asistencia farmacéutica son el Programa de Atención de la Salud Renal de Texas y el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para el VIH de Texas (SPAP).

Método	Programa de Atención de la Salud Renal de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-800-222-3986 (número gratuito) o 512-776-7150 (local) Horario de atención: De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central.
TTY	711
ESCRIBA A	Kidney Health Care Program Department of State Health Services, MC 1938 Mail Code 1938 P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9947
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

Método	Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para el VIH de Texas (SPAP): información de contacto
LLAME AL	1-800-255-1090 Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	DSHS HIV/STD Program PO BOX 14937, MC 1873 Austin, TX 78714
SITIO WEB	https://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/spap.shtm

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 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. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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 <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o su pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) 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 o pareja de hecho). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contratapa de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), 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 el plan
para obtener servicios
médicos*

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, equipo, medicamentos con receta 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?

- 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, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

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

Texas Independence Health Plan 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 documento).
- **La atención que recibe se considera 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.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención.** 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).
- **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). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *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, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Se debe obtener la autorización del plan antes de recibir atención médica. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener 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 o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que usted le paga al plan por diálisis nunca puede exceder los costos compartidos en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder los costos compartidos que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, los costos compartidos de la diálisis puede ser mayor.

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 le brinde atención médica y la supervise

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

Su PCP es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. El papel del PCP es brindar atención preventiva, enseñar opciones de estilo de vida saludable, identificar y tratar afecciones médicas comunes, dirigirlo al mejor

lugar para recibir atención médica y también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y referirlo a ellos. Los proveedores que pueden desempeñarse como PCP incluyen medicina general, medicina familiar, medicina interna, geriatría, asistentes médicos y personal de enfermería con práctica médica. Algunos servicios realizados por su PCP pueden requerir autorización previa del plan. Es responsabilidad del PCP solicitar y obtener autorización cuando sea necesario.

¿Cómo elige al PCP?

Usted selecciona un PCP usando el directorio de proveedores u obteniendo ayuda de Servicios para los miembros. En general, puede seleccionar un PCP en el momento de la inscripción indicando su selección de PCP en el formulario de inscripción. Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento.

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 PCP nuevo. Puede cambiar de PCP llamando a Servicios para los miembros. Ellos pueden ayudarlo a seleccionar un nuevo PCP. Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros. En la mayoría de los casos, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud.

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin una remisión de su PCP?
--------------------	---

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, contra la COVID-19, la hepatitis B y la 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.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal 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.

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.

El PCP tiene la responsabilidad principal de coordinar la atención médica general del miembro entre sus diversos proveedores de atención médica. El PCP trabaja en estrecha colaboración con el profesional de enfermería de práctica avanzada de Texas Independence Health Plan, para promover el uso de proveedores de la red, analizar patrones de remisión y evaluar la necesidad médica. Los miembros pueden solicitar una remisión a especialistas dentro de la red, pero primero deben consultar con su PCP o con un profesional de enfermería de práctica avanzada de Texas Independence Health Plan.

- Para algunos servicios, es posible que su PCP deba obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina obtener autorización previa).
- Los servicios cubiertos que requieren autorización previa incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Admisión/confinamiento de pacientes internados y extensiones de la estadía más allá de la duración certificada original de la estadía en un hospital y un centro de cuidados de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (servicios de salud electivos, que no sean de emergencia y que no se necesiten con urgencia).
 - Todos los servicios quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
 - Todos los servicios de agencias de atención médica a domicilio.
 - Servicios de trasplante.
 - Dispositivos protésicos, algunos equipos médicos duraderos, oxígeno y suministros médicos.
 - Todos los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Los proveedores completan un formulario de solicitud de autorización proporcionado por el plan y se comunican con el Equipo de administración de la utilización por fax. Se alienta a los proveedores a hablar con el PCP o profesional de enfermería de práctica avanzada del miembro para garantizar un plan de atención adecuado.

- Los criterios de Medicare, así como las pautas de atención médica, se utilizan al revisar las solicitudes de autorización. El director médico toma todas las decisiones médicas y de denegación fuera de la red y está disponible para consultas con profesionales de denegación tanto dentro como fuera de la red. El director médico también puede comunicarse con especialistas de la red para ayudar con la revisión por pares. Si se necesita información adicional, el personal de Texas Independence Health Plan se comunicará con el proveedor solicitante para obtener dicha documentación.
- La selección de un PCP específico no limita a qué especialista u hospital refiere ese PCP (es decir, subred, círculos de referencia).

Siempre que tenga una pregunta o inquietud con respecto a los requisitos de autorización de servicios cubiertos en virtud de este plan, comuníquese con Servicios para los miembros.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red deja de participar en el plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. 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.
- Le enviaremos un aviso de que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir otro proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo ha atendido en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir otro proveedor calificado dentro de la red al que puede acceder para recibir atención continua.
- Si está realizando un tratamiento médico o alguna terapia con su proveedor actual, tiene derecho a presentar una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa. Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción y las opciones que tiene a su disposición para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos necesarios para que reciba los beneficios cubiertos médicamente necesarios fuera de nuestra red de proveedores, pero con un costo compartido dentro de la red. Se requiere autorización previa.
- 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.

- 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 queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

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

En determinadas circunstancias, los miembros pueden obtener servicios de proveedores fuera de la red. Los miembros que recientemente reúnen los requisitos y que están siguiendo un tratamiento existente bajo el cuidado de un proveedor fuera de la red en el momento de la elegibilidad pueden continuar obteniendo servicios de ese proveedor hasta que la atención del miembro se transfiera de manera segura a un proveedor dentro de la red.

Los proveedores fuera de la red cuyos miembros siguen un plan de tratamiento actual deben notificar al plan de salud y solicitar la autorización de los servicios según corresponda de acuerdo con los beneficios del plan. Una vez que se notifica al plan de salud que el miembro está bajo el cuidado de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe presentar una solicitud de autorización. Se debe proporcionar toda la información clínica de respaldo para corroborar la continuación de los servicios solicitados. Durante este tiempo, la atención existente no se interrumpirá hasta que se revise la información clínica para determinar si es médicamente necesaria y apropiada. En caso de que no haya un especialista de la red disponible para el miembro, se puede acceder a un proveedor fuera de la red a discreción del PCP.

Nota: Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red en caso de servicios de urgencia o emergencia. Asimismo, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para miembros con una ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio de los planes y que no puedan acceder a proveedores contratados para ESRD.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios 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 (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. 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. No necesita usar un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-471-8447. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

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

El 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. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

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. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El 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 bien* – la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esa atención 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?

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

¿Qué sucede si usted está en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de recibir atención médica?

Siempre debe tratar de obtener los servicios que necesita con urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para obtener una lista de los centros de atención de urgencia en nuestra red, consulte nuestro Directorio de proveedores. Puede llamar a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.

¿Qué sucede si usted está fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de recibir atención médica?

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

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

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 atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.txindependencehealthplan.com para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

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?

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

Si pagó más que el costo compartido de su plan 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
--------------------	--

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

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se haya alcanzado el límite del beneficio no contará para el desembolso máximo.

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. Ciertos estudios de

investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, 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. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de los costos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Mientras 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 cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben, ni tampoco que nos avise. *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. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los cuales nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional (NCD) y las pruebas de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Medicare Advantage para los participantes con Medicare Original, le sugerimos que nos informe con antelación cuando decida participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

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

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

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

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera participando 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.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Original Medicare y los costos compartidos dentro de la red suyos 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. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuántos costos compartidos pagó. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: 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 usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría al plan la documentación, tal como la factura del proveedor. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted 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 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), durante las 24 horas, 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. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención 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 hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada
 - – y – debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

La atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica certificada por Medicare está limitada solo de acuerdo con las limitaciones señaladas en los límites de cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados de Medicare, tal como se describe en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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 Texas Independence Health Plan, generalmente no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan.

¿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 realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Texas Independence Health Plan 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 se va de Texas Independence Health Plan o ya no necesita médicamente equipo de oxígeno, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer con la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

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

En este capítulo se proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Texas Independence Health Plan. 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 **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 brinda más información acerca del deducible del plan)].
- 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.

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan?

El deducible es de \$240. Hasta que haya pagado el monto del deducible, deberá pagar el costo total por los servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (su copago o el monto del coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a ciertos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, incluso si usted todavía no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- Servicios de la Parte B cubiertos por Medicare en una estadía de la Parte A cubierta por Medicare

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

- Servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Servicios odontológicos preventivos
- Servicios de la vista de rutina
- Servicios de audición de rutina
- Servicios de podiatría de rutina
- Beneficio para medicamentos de venta libre (OTC)
- Transporte médico no urgente
- Consultas de estética (beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas)
- Servicios de emergencia
- Servicios de urgencia
- Insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero

Sección 1.3 ¿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 total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan]. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024 este monto es de \$8,850.

Los montos que usted paga por los deducibles, los 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 usted paga por su prima del plan y costos de los medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para su gasto máximo de bolsillo. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$8,850, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubierto dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de Texas Independence Health Plan, una protección importante para usted es que, después de que cumple con los deducibles, solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Es posible que los proveedores no puedan agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección 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, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.

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

- 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 o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
 - 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 o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde 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 Texas Independence Health Plan cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. 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, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *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, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la

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

red le ha dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.

- 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 necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie.

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 más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2024*. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si usted se encuentra dentro del período de 1 mes de supuesta elegibilidad continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan, y sus montos de costo compartido no cambian durante este período.
- Si le diagnostican las siguientes afecciones crónicas y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.
 - Dependencia crónica de alcohol y otras drogas
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Enfermedades cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes
 - Enfermedad hepática en etapa terminal
 - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)


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

- Trastornos hematológicos graves
 - VIH/SIDA
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
 - Trastornos neurológicos
 - Accidente cerebrovascular
 - Una vez que sea miembro y haya sido atendido por un profesional de enfermería de práctica avanzada o PCP de Texas Independence Health Plan, se realizará una evaluación de riesgos para la salud (HRA). Según la documentación en la HRA, se determinará si reúne los requisitos para los beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.
- Para obtener más detalles, observe la fila *Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos más abajo.
 - Contáctenos para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>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 y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, profesional de enfermería de práctica avanzada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>

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

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




20 % del costo total de cada consulta cubierta por Medicare.

Es posible que sea necesaria una autorización previa.


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


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para una situación de emergencia o para una que no es de emergencia, 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.</p> <p>Transporte que no es de emergencia: Si los servicios de ambulancia cubiertos son para una situación que no es de emergencia, se debe documentar que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga 20 % del costo total de cada traslado de ida en ambulancia cubierto por Medicare.</p>
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>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 cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>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 determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>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.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>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).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>

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




Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. 	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y hayan pasado 24 meses desde la última prueba de enema de bario o colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no son de alto riesgo y tengan 45 años en adelante. Una vez cada 48 meses después de la última prueba de enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección en heces de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, sin incluir enemas de bario, para los que se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare por los servicios de sus médicos. De llevarse a cabo en un entorno hospitalario de atención ambulatoria, usted también paga al hospital un coseguro del 20 %.</p> <p>20 % del costo total de cada enema de bario cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios odontológicos</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula, o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente:</p> <p>Servicios odontológicos que son parte integral de un procedimiento cubierto o para extracciones realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para dispositivos neoplásicos que involucran la mandíbula. Es posible que se aplique otra cobertura limitada para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Nuestro plan cubre lo siguiente:</p> <p>Servicios odontológicos preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral (dos por año calendario) • Limpieza (dos por año calendario) • Radiografía dental (dos por año calendario) • Tratamiento de flúor (dos por año calendario) <p>Servicios odontológicos integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no rutinarios • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios 	<p>20 % del costo total de cada consulta odontológica cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para servicios odontológicos preventivos e integrales.</p> <p>El plan pagará hasta \$1,500 para servicios dentales preventivos e integrales combinados. Después de haber agotado el máximo anual de \$1,500, el miembro es responsable de los cargos restantes.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>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.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • 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. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. 	<p>Suministros para el control de la diabetes: 20 % del costo total</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos: 20 % del costo total</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: 20 % del costo total</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de equipo médico duradero).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: 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.</p> <p>Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. También puede acceder a esta lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos.</p> <p>Sus costos compartidos para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es el 20 % del costo total de los servicios cubiertos, todos los meses Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito por 36 meses.</p> <p>Se requieren autorizaciones previas para los cargos facturados que superen los \$500.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>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 (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>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.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero no en todo el mundo.</p>	<p>20 % del costo total (hasta un máximo de \$100) por consulta.</p> <p>Los costos compartidos no se aplican si es admitido en el hospital dentro de un plazo de 24 horas.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención <i>O</i> debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Es posible que deba seguir las reglas de autorización previa correspondientes que se describen a lo largo de este documento para los servicios que no están incluidos en los servicios de emergencia.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Nuestro plan cubre un examen de audición de rutina, ajuste/evaluación de audífonos. También cubrimos una asignación de \$1,000 para audífonos.</p> <p>Nuestro plan también cubre el siguiente beneficio complementario no cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina: 1 por año • Evaluación y adaptación de audífonos: 4 cada 2 años • Audífonos: El beneficio de audífonos es ilimitado para audífonos internos, externos y sobre el oído cada dos años para ambos oídos combinados hasta un monto máximo de cobertura del plan de \$1,000 en total. <p>Las compras de audífonos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de ajuste • 60 baterías al año por audífono (suministro para 3 años) • Garantía de reparación del fabricante por 3 años • Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados (se puede aplicar un deducible por audífono) <p>Debe obtener sus audífonos de un proveedor de NationsBenefits. Comuníquese con NationsBenefits llamando por teléfono al 1-(833) 471-8447 (TTY: 1-(833) 414-8447).</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos relacionados con un examen de audición de diagnóstico de Medicare.</p> <p>No se requiere copago ni coseguro para el examen de audición de rutina o para el ajuste y la evaluación de los audífonos.</p> <p>Audífonos: Nuestro plan paga hasta \$1,000 por audífonos cada dos años. El monto de \$1,000 se aplica a ambos oídos.</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>0 % del costo total de los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Tratamiento de infusión en el hogar</p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. 	<p>20 % del costo total para los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare .</p> <p>Se requiere autorización previa para los cargos facturados que superen los \$1,500.</p>

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

Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. 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

Cuando es admitido a un programa de hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.

Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de atención de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier otro 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 Medicare Original cubra. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: 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 y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa).


- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.

Cuando se inscribe en un programa de hospicios 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 Texas Independence Health Plan.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará los costos compartidos correspondientes al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). 	
<p>Atención de hospicio (continuación)</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por Texas Independence Health Plan pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Texas Independence Health Plan 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.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> <u>Si estos medicamentos no están relacionados con su atención de hospicio por enfermedad terminal, usted pagará costos compartidos. Si están relacionados con su atención de hospicio por enfermedad terminal, entonces usted pagará los costos compartidos de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para personas con una enfermedad terminal que no hayan elegido el beneficio de hospicio.</p>	<p>0 % del costo total de los servicios de consulta de hospicio cubiertos por Medicare (por única vez)</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.• Vacuna contra la COVID-19.• Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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. 	<p>Deducible de \$1,632 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1-60: Copago de \$0 para cada período de beneficios.</p> <p>Días 61-90: Copago de \$408 por día para cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 y siguientes: Copago de \$816 por cada día de reserva de por vida después del día 90 para cada periodo de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Texas Independence Health Plan 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 completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. <p>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 ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o SNF. Termina cuando pasa 60 días consecutivos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada.</p> <p>Se requerirá la autorización previa.</p> <p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha de alta.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico**

Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 190 días a lo largo de su vida para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no corresponde a los servicios de salud mental que requieren hospitalización prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general

Deducible de \$1,632 por cada período de beneficios.

Días 1-60: Copago de \$0 para cada período de beneficios.

Días 61-90: Copago de \$408 por día para cada período de beneficios.

Día 91 y siguientes:
Copago de \$816 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).

Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.

Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o SNF. Termina cuando pasa 60 días consecutivos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada.

Se requerirá la autorización previa.



Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.

Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha de alta.

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


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (cont.)</p>	<p>20 % del monto aprobado por Medicare para servicios de salud mental que recibe de médicos y otros proveedores mientras está internado en un hospital.</p>
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Usted paga los costos compartidos aplicable por los servicios cubiertos por Medicare como se describe a lo largo de este documento.</p> <p>Es posible que deba seguir las reglas de autorización previa correspondientes que se describen a lo largo de este documento.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>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.</p> <p>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 próximo año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero (como la bomba de insulina medicamento necesaria) • Otros medicamentos que se usa mediante algún equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan 	<p>del 0 % al 20 % del costo total para medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>La insulina está sujeta a un costo compartido del 0 % al 20 %, hasta un máximo de \$35 por suministro de insulina para un mes. No se aplican deducibles a nivel del plan.</p> <p>Se requieren autorizaciones para los cargos facturados que superen los \$1,500.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 medicamento necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>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.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (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.	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requerirá la autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos**

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Radiografías
- Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros.
- Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes.
- Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.
- Análisis de laboratorio.
- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.
- Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos

20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.

Es posible que se aplique un cargo por separado por el centro en el que se reciben los servicios.

Se puede aplicar un costo compartido adicional para DME, medicamentos de la Parte B o servicios médicos, si corresponde.

Radiografías: 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.

Radioterapia para pacientes externos: 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.

Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes: 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.

Servicios de laboratorio clínico: 0 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.

Todos los demás servicios de laboratorio: 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.

(continuación)

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	<p>Servicios ambulatorios de hematología: 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos: 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p> <p>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.</p> <p>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 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.</p> <p>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 ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que deba seguir las reglas de autorización previa correspondientes que se describen a lo largo de este documento para los servicios que no están incluidos en los servicios de observación.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • 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. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. <p>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 ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga los costos compartidos aplicable por los servicios cubiertos por Medicare como se describe a lo largo de este documento.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, orientador profesional con licencia (LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), profesional de enfermería de práctica avanzada (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos de atención ambulatoria, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>0 % del costo total de cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>0 % del costo total de cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare. Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p> <p>0 % del costo total de cada consulta de terapia del habla cubierta por Medicare. Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</p> <p>Servicios ambulatorios no residenciales prestados para el tratamiento de la dependencia de drogas o alcohol sin el uso de farmacoterapias. Los servicios pueden incluir terapia grupal o individual.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>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 ambulatorio 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 ambulatorio.</p>	20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficio para medicamentos de venta libre (OTC)</p> <p>Los medicamentos con cobertura del beneficio se limitan a medicamentos consistentes con la guía de los CMS en la versión más reciente del Capítulo 4 del Manual de Atención Administrada de Medicare. Los medicamentos de venta libre requieren la recomendación de un proveedor para una condición diagnosticable específica y están permitidos de acuerdo con las pautas de su centro de cuidados a largo plazo. Puede visitar el sitio web de nuestro plan para ver nuestra lista de medicamentos de venta libre con cobertura. Consulte con su equipo de atención de TIHP antes de pedir artículos del catálogo, o para obtener más información sobre su beneficio del catálogo de medicamentos OTC, consulte el catálogo de medicamentos OTC de Texas Independence Health Plan o comuníquese con el Servicio al cliente de Texas Independence Health Plan al 1-(877) 471-8447 (TTY 1-(877) 414-8447). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Los medicamentos OTC están disponibles para entregarse únicamente en el centro de atención de enfermería. Los productos no se pueden comprar en una farmacia minorista local ni a través de ninguna otra fuente que no sean los canales de beneficios de Texas Independence Health Plan enumerados anteriormente.</p> <p>Los medicamentos OTC se pueden comprar solo para el miembro y están limitados a un pedido cada trimestre. Los miembros son elegibles para usar la asignación trimestral completa en cualquier momento durante el trimestre.</p>	<p>Limitado a \$60 de asignación cada trimestre para determinados medicamentos de venta libre y otros productos relacionados con la salud, que figuran en el catálogo de medicamentos OTC. Esta asignación no se traspasa al siguiente periodo si no se utiliza. Cualquier beneficio no utilizado vence al final del año calendario y no puede transferirse al año siguiente.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios de atención intensiva</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios 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.</p> <p>El servicio ambulatorio de atención intensiva es un programa estructurado de tratamiento conductual (salud mental), suministrado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario para la salud mental, un centro médico calificado a nivel federal, o una clínica rural de mayor intensidad que la atención médica recibida en el consultorio de su médico o terapeuta pero de menor intensidad que en una hospitalización parcial.</p> <p>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 ambulatorios.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede requerir la autorización previa.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios médicos de atención primaria ○ Servicios de médicos especialistas ○ Otros servicios profesionales de atención médica ○ 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. ○ Para obtener información sobre cómo acceder a los beneficios de telesalud, comuníquese con nuestro Centro de Servicios para los miembros. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • 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 o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. 	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen copagos y/o coseguros adicionales por servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• 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.• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud.○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias.• Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo y○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.• Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si:<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo y○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 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 antes de la cirugía.	


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> 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). 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. <p>Cuidado adicional de los pies, incluido el tratamiento del pie que generalmente se considera de rutina, es decir, corte o eliminación de callos, verrugas, durezas o uñas</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por atención de podología de rutina, por 6 consultas por año calendario</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tacto rectal. Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p> <p>20 % del costo total del tacto rectal cubierto por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Incluyen, entre otros, los siguientes: 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 <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta sección).</p>	<p>20 % del costo total de los servicios relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requieren autorizaciones para los cargos facturados que superen los \$500.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>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.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 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.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> el miembro debe 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.</p>	<p>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.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>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.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales superintensivas 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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). • 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). <p>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 <i>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</i>.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios relacionados cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)**

(En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).

- El plan cubre hasta 100 días de cada período de beneficios.
- Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o SNF. Termina cuando pasa 60 días consecutivos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada.
- No se requiere una hospitalización previa antes de que pueda ser admitido en un SNF.

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 primera pinta de sangre que usted necesite. 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.


(continuación)

Días 1-100: Copago de \$0 para cada período de beneficios.

Día 101 y siguientes: Usted paga todos los costos.

Se requerirá la autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>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 los costos compartidos 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o centro de cuidados a largo plazo, o una comunidad de atención continua para 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. 	
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> 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.</p> <p><u>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:</u> 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 los costos compartidos que correspondan. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</p> <p>Si le diagnostican las siguientes afecciones crónicas y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Dependencia crónica de alcohol y otras drogas o Trastornos autoinmunes o Cáncer o Enfermedades cardiovasculares o Insuficiencia cardíaca crónica o Demencia o Diabetes o Enfermedad hepática en etapa terminal o Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o Trastornos hematológicos graves o VIH/SIDA o Trastornos pulmonares crónicos o Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes o Trastornos neurológicos o Accidente cerebrovascular 	<p>Usted paga un costo compartido de \$0 por las consultas de estética hasta \$100 al año. Este beneficio se aplicará a los miembros con una o más enfermedades crónicas.</p> <p>Transporte (sin necesidad médica)</p> <p>Usted paga un costo compartido de \$0 por un máximo de 4 traslados de ida cada año a lugares que no son de atención médica.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • 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. <p>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.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios relacionados cubiertos por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Transporte (no emergencia, de rutina)</p> <p>Los servicios de transporte de rutina están cubiertos para hasta diez (10) viajes de ida por año calendario dentro del Área de Servicio del Plan. Para obtener más detalles sobre cómo usar este servicio, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447.</p> <p>El transporte de rutina consiste en un viaje a una cita médica programada dentro de un servicio definido cuando la necesidad de transporte no se basa en una necesidad médica y se puede cubrir a través de un taxi, un servicio de viaje compartido, una camioneta u otro vehículo que no sea una ambulancia. El viaje debe organizarse a través del proveedor de transporte contratado y debe programarse tres (3) días antes de los servicios necesarios.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 10 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>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, pero, debido a su circunstancia, no es posible o no es razonable obtener los servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere atención médica de inmediato para una afección imprevista pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos para los servicios de urgencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p>La atención de urgencia está cubierta dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero no en todo el mundo.</p>	<p>20 % del costo total (hasta un máximo de \$55) por consulta.</p> <p>Los costos compartidos no se aplican si es admitido en el hospital en un plazo de 3 días por la misma afección.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 tienen alto riesgo de padecer glaucoma incluyen: 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). • Nuestro plan paga 1 examen de la vista de rutina cada año y \$150 por año para anteojos (monturas y lentes). 	<p>20 % del costo total del examen para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo cubierto por Medicare.</p> <p>20 % del costo total de la prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>20 % del costo total de los anteojos (montura y lentes) o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro ni copago por un examen de la vista de rutina por año.</p> <p>Asignación anual de hasta \$150 para la compra de lentes de contacto o un par de anteojos por año.</p> <p>Usted es responsable de pagar cualquier cantidad que exceda la asignación de \$150.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.</p>

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.

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, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan 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. La única excepción es si se presenta una apelación por el servicio y se decide: 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 documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura.		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Cuidado de compañía</p> <p>El 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.</p>	No cubiertos en ninguna situación	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.</p> <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No cubiertos en ninguna situación	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	No cubiertos en ninguna situación	
Entrega de comidas a domicilio.	No cubiertos en ninguna situación	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna situación	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna situación	
Atención odontológica que no sea de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas 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.	No cubiertos en ninguna situación	
Habitación privada en el hospital.		<ul style="list-style-type: none"> Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna situación	
Atención quiropráctica de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	No cubiertos en ninguna situación	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	No cubiertos en ninguna situación	

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 obtener los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo se **explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

Sección 1.1	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 para recetar) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada para recetar no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- 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, *Es necesario que sus medicamentos estén 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 información sobre 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	Uso de 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).

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

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 en la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 2.2 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.txindependencehealthplan.com), o llamar a Servicios para los miembros.

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias 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 en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com.

¿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 hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de atención a largo plazo (long-term care, 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 farmacias* o llame a Servicios para los miembros.

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

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted 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. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra “Lista de medicamentos”.

El servicio de “pedido por correo” de nuestro plan le permite pedir un **suministro para hasta 90 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para los miembros al número que figura en la contratapa de este folleto.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en no más de 14 días. Si su pedido por correo se retrasa, puede obtener un suministro temporal en una farmacia local. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para los miembros al número que figura en la contratapa de este folleto.

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.

Resurtidos de recetas médicas 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 usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que su receta actual se acabe. Esto asegurará que su 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 a Servicios para los miembros al número que figura en la contratapa de este folleto.

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

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

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido podría ser más bajo. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado 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).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de 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.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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 sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Compruebe primero con Servicios para los miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es 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 de la red.

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 hay farmacias participantes cerca de usted, cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en caso de una emergencia según lo determine el plan. Cubriremos un suministro de hasta 30 días solamente.

En esta situación, **compruebe primero con Servicios para los miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Es probable 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 de la red.

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

¿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 cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para el que fue recetado.
- -- *o bien* -- 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 de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “lista de medicamentos”, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos funcionan tan

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

bien como el medicamento de marca y por lo general cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿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 esto, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la “Lista de medicamentos” un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la “lista de medicamentos”. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?
--------------------	---

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente que le enviamos por vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.txindependencehealthplan.com). 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.
4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (elixirsolutions.com) o llame a Servicios para los miembros. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma afección.

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 alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”. Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

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

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, tableta en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos 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. 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. (Ver Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento **genérico** tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y suele ser 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 en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico, 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 conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar otro medicamento 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 funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**.

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

Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. 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 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

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando o uno 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 podría 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, como se explica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. 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.

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, estas son algunas opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del 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.

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

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la “Lista de medicamentos” del plan O BIEN ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos surtidos múltiples para proporcionar hasta un máximo de un mes de suministro 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 miembros que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para 31 días o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionada.

- **Para miembros que están fuera de su período de transición y experimentan un cambio en el nivel de atención al cambiar de un entorno de tratamiento a otro (ejemplo: del centro de cuidados a largo plazo al hospital, del hospital al centro de cuidados a largo plazo, del hospital a la casa, de casa al centro de cuidados a largo plazo, del hospicio al centro de cuidados a largo plazo, del hospicio a casa):**

Permitiremos un resurtido anticipado de un suministro de un mes de medicamento en el establecimiento minorista y en un establecimiento de atención a largo plazo para medicamentos del formulario y un surtido de transición de emergencia para medicamentos que no están en el formulario (incluidos aquellos medicamentos que están en el formulario pero requieren autorización previa, terapia escalonada, o están sujetos a restricciones de límite de cantidad).

Esto no se aplica a los permisos de ausencia a corto plazo (es decir, feriados o vacaciones) de las instalaciones de cuidado a largo plazo o del hospital.

- Si está fuera de su período de transición de 90 días, aún le proporcionaremos un suministro de emergencia de 30 días en el establecimiento minorista o un suministro de hasta 31 días en el establecimiento de atención a largo plazo de medicamentos cubiertos por la Parte D que no están en el formulario (incluidos los medicamentos cubiertos por la Parte D que están en nuestro formulario y que de otro modo requerirían autorización previa, terapia escalonada o restricciones de límite de cantidad), caso por caso, mientras se procesa una excepción.

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

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros.

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tienes dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento.

Hable con su proveedor para ver si hay otro medicamento 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.

2) Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción 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. 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 retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo 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 de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada para recetar). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

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 podrá hacer algunos cambios en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**

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

- **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”, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando.

Cambios en su cobertura para medicamentos que lo afectan durante el año del plan 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. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. 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, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.
 - Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted o la persona autorizada para recetar pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos peligrosos y otros medicamentos en la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - A veces un medicamento puede considerarse peligroso o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de

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

la “Lista de medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.

- La persona autorizada para recetar 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 en la “Lista de medicamentos” 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.
 - Para estos cambios, debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 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 para recetar para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted o la persona autorizada para recetar pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la “Lista de Medicamentos” que no le afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la “Lista de medicamentos” que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto para 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 le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la “Lista de medicamentos” para el próximo año del plan (cuando la lista esté

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

disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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 o 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.
- La cobertura del uso para una indicación no autorizada solo se permite cuando está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes 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 utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.

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

- 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 está **recibiendo Ayuda adicional** para pagar sus medicamentos con receta, el programa Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar 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 Surtir un medicamento con receta

Sección 8.1	Proporcionar su información de miembro
--------------------	---

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de su plan, que puede encontrarse en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de recoger su medicamento con receta.

Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene su información de miembro?
--------------------	---

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o su farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o bien usted puede solicitar a la farmacia que busque su información de inscripción al plan.

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 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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 con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

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

Normalmente, un centro de cuidados a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros. 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.

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

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

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

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), 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.

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

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

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.

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 este aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que lo 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, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en el beneficio de hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no estén cubiertos por su beneficio de hospicio por no estar relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, la persona autorizada para recetar o su proveedor de atención hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada para recetar que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

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

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 para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades peligrosas 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 ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los 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 medicamento 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. Si le ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- 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 determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es

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

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 decisión o con la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada para recetar tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, 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.

No se le colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer activo o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención de 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. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

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. Si cumple con los requisitos para participar en este programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debería dar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los que está tomando, qué cantidad toma, y el momento y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (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, le inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Servicios para los miembros.

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que le 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 enviamos un adjunto por separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben la Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también llamada Cláusula adicional del plan de Subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la Cláusula adicional LIS.

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 los 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, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 3, Sección 3.2), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcione una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros.

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

Hay distintos tipos de costos de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. 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 paga 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** es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los gastos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo incluyen 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):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La Etapa de 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* en sus costos de bolsillo si los efectúa en su nombre **otra persona u organización**. 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.
- Algunos pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare se incluyen en sus costos de bolsillo. 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 quien paga en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$8,000 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su 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 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 llamando a Servicios para los miembros.

¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El informe de la Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibió incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad llega a \$8,000, 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.

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

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 Texas Independence Health Plan?
--

Hay cuatro **etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura para medicamentos con receta según Texas Independence Health Plan. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones de 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa del período sin cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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 <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (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 esto 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.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

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

- **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 del medicamento, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se le 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 e información sobre aumentos en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta.

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 cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos 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, bríndenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no 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.
 - 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.
- **Envíenos 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

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

costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, 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. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

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

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto de deducible del plan, que es de \$545 para 2024. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajeros. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$545 por los medicamentos, sale de la Etapa del deducible y pasa a 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 y de dónde obtiene los medicamentos con receta.
--------------------	---

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 monto de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista que pertenece la red.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en casos especiales. En la Sección 2.5 del Capítulo 5 se detalla cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y surtir medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	--

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

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

Nivel	Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costos compartidos en farmacias de pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costos compartidos en farmacias de centros de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costos compartidos en farmacias fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; detalles en el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Costo compartido Nivel 1	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D para vacunas de la Parte D.

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

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Puede haber momentos en que usted o su médico quiera tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando va a probar un medicamento por primera vez). Si le resultara útil para planificar mejor las fechas de surtido para diferentes medicamentos con receta, también puede pedirle a su médico que le recete —y a su farmacéutico que le dispense— un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos.

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

- Si le corresponde pagar un coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si le corresponde pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. 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.

Sección 5.4 Una tabla que muestra los costos de un suministro para *largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos puede recibir un suministro para largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro para largo plazo es un suministro para hasta 90 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando adquiere un suministro de un medicamento para largo plazo.

Su parte del costo cuando adquiere un suministro para *largo plazo* de un medicamento con receta cubierto por la Parte D:

Nivel	Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red)	Costos compartidos en farmacias de pedido por correo
	(suministro para hasta 90 días)	(suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido	25% del costo total	25% del costo total

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

No pagará más de \$70 por un suministro para dos meses o \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5	Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos para el año alcancen los \$5.030
--------------------	---

Permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que haya surtido alcance el **límite de \$5.030 para la etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que recibió le ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,030 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si llega a esta cantidad, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de período sin cobertura. En la Sección 1.3 se detalla cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la etapa de período sin cobertura

Cuando usted está en la etapa de período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro por medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se contabilizan para sus costos de bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y para avanzar en el período sin cobertura.

También recibe algo de cobertura para medicamentos genéricos. Paga no más del 25% del costo por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo se contabiliza la cantidad que usted paga y cuenta para avanzar en el período sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta alcanzar a la cantidad máxima fijada por Medicare para gastos de bolsillo anuales. Una vez que alcance esta cantidad de \$8.000, dejará la etapa de período sin cobertura y pasará a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos de bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro para el período sin cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni para la mayoría de las vacunas para adultos cubiertas por la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para quienes viajan.

Usted no pagará más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

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

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas cubiertas por la Parte D y los costos compartidos de las vacunas cubiertas por la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante esta etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D

Usted ingresa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$8.000 para el año calendario. Una vez que está en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa de pago, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted no paga nada.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin ningún costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- 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).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres elementos:

1. **Si una organización llamada Advisory Committee on Immunization Practices (Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación, ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
 - El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**

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

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden colocar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede colocarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- A veces cuando se pone una vacuna, usted tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Usted no pagará nada por mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

Abajo se incluyen tres ejemplos de cómo podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted adquiere y recibe su vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no está permitido que las farmacias administren vacunas).

- Usted no pagará nada por mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
- Usted pagará a la farmacia su coseguro por otras vacunas de la Parte D, que incluye el costo de colocación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Adquiere y recibe su vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando recibe la vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrársela.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Por otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Compra la vacuna en sí de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico para que se la administren.

- Usted no pagará nada por mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
- Usted pagará a la farmacia su coseguro por otras vacunas de la Parte D.

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

- Cuando su médico le administre la vacuna, usted quizá deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Por otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

Le recomendamos llamar a Servicios para los miembros antes de vacunarse.

Sección 8.1

Las reglas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para los miembros cada vez que quiera ponerse una vacuna. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener sus propios costos bajos utilizando proveedores y farmacias en nuestra red.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7:

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

A veces puede que tenga que pagar el costo total cuando recibe atención médica o un medicamento recetado. 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 estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama “reembolsar”). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde de los costos compartidos, según se detalle en este documento. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Evaluaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor tiene un contrato, usted igual tiene derecho a recibir tratamiento.

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

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados por ley a prestar atención de emergencia. Si usted paga el monto total al momento de recibir la atención, pídanos 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 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 le correspondía y le reembolsaremos 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

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debería 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. 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.
- 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 se inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su 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 cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviar documentos como recibos y facturas para que podamos gestionar el reembolso.

4. Cuando use una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando esto sucede, usted tiene que pagar el costo total de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de miembro

Si no lleva consigo su tarjeta de miembro, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción en su plan. Sin embargo, si la farmacia no puede

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

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 paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Puede que pague 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 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 adquirir 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, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puedes solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable que haga una copia de su factura y los recibos para guardarlos por si las necesitara más adelante. **Debe enviarnos su reclamación dentro de los 120 días** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de estar proporcionándonos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para solicitar su pago.

- No tiene la obligación de usar el formulario pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Por favor, proporcione la siguiente información que necesitamos para tomar una decisión: Nombre del miembro, ID dirección, fechas del servicio, nombre del proveedor del servicio, descripción de los servicios, monto cobrado, cantidad pagada, copia de la factura y recibo de pago (recibo del médico, recibo de la tarjeta de crédito o cheque cancelado).

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

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.txindependencehealthplan.com) o llame a Servicios para los miembros para solicitarlo.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Para reclamaciones médicas:
Texas Independence Health Plan Inc.
Attn: Direct Member Reimbursement
P.O. Box 987133
El Paso, TX 79998-1733

Para reclamaciones de farmacia:
Texas Independence Health Plan c/o Elixir
Attn: DMR
7835 Freedom Ave NW
North Canton, OH 44720

SECCIÓN 3 Evaluaremos 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 usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el 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.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explicarán los motivos por los que no le estamos enviando el pago 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. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento también está disponible en inglés, si es necesario. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos proporcionarle 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.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a especialistas en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Servicios para los miembros llamando al 1-833-471-8447. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Es necesario que su plan garantice que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidas aquellas personas que tengan poco dominio del inglés, competencias limitadas de lectura,

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

discapacidad auditiva o antecedentes culturales y étnicos diversos. Entre los ejemplos de la manera en que un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad se incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipo o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles gratis para responder preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. Este documento también está disponible en inglés, si es necesario. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que funciona para usted, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan debe dar a las afiliadas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si no se tienen proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad, el plan tiene la responsabilidad de buscar proveedores especializados fuera de la red que le presten la atención necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. Si llega a estar en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información de a dónde ir para obtener este servicio pagando el gasto compartido dentro de la red.

Si se le dificulta obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado, tiene problemas para que la tienda un especialista en salud femenina o para encontrar un especialista dentro de la red, llame para presentar una queja ante Servicios para los miembros llamando al 1-833-471-8447. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para prestar y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación. No requerimos que obtenga referencias para acudir a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el 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.
- Tiene derechos relacionados con su 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.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - 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; en general, esto requiere que no se comparta la información que le identifica específicamente.

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 por 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.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD - PRIVACIDAD DE CONFORMIDAD CON LA HIPAA**Compromiso con la Protección de la Información de Salud**

El Plan cumplirá con las Normas de Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable (es decir, la "Regla de Privacidad") establecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("HHS") de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA"). Dichas normas controlan la difusión de "información de salud protegida" ("PHI") de los Participantes del Plan. Las normas de privacidad se implementarán y harán cumplir en las oficinas del Empleador y del Patrocinador del Plan y cualquier otra entidad que pueda ayudar en la operación del Plan.

El Plan está obligado por ley a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de la PHI del Participante del Plan e informarle sobre:

1. Las divulgaciones y usos de la PHI por parte del Plan;
2. Los derechos de privacidad del Participante del Plan con respecto a su PHI;
3. Las obligaciones del Plan con respecto a su PHI;
4. El derecho del Participante del Plan a presentar una queja ante el Plan y ante el Secretario del HHS; y
5. La persona u oficina de contacto para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan. Dentro de esta disposición se pueden usar términos en mayúscula, pero no definidos de otra manera. Estos términos tendrán el mismo significado que los términos establecidos en 45 CFR Secciones 160.103 y 164.501. Cualquier modificación de la regulación HIPAA que altere un término de HIPAA definido o una citación regulatoria se considerará incorporada a esta disposición.

Cómo se puede usar y divulgar la Información de Salud

En general, las Normas de Privacidad permiten que el Plan use y divulgue la PHI de una persona, sin obtener autorización, solo si el uso o la divulgación es:

1. Para efectuar el Pago de prestaciones;
2. Para operaciones de atención médica;
3. Para fines de Tratamiento; o

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

4. Si el uso o divulgación cae dentro de una de las circunstancias limitadas descritas en las reglas (por ejemplo, la divulgación es requerida por ley o para actividades de salud pública).

Divulgación de PHI al Patrocinador del Plan para fines de Administración del Plan

Para que el Patrocinador del Plan pueda recibir y utilizar la PHI para fines de administración del plan, el Patrocinador del Plan se compromete a:

1. No usar ni divulgar PHI más allá de lo permitido o requerido por los documentos del Plan o según lo exija la ley (como se define en las normas de privacidad);
2. Asegurarse de que cualquier agente, incluido un subcontratista, a quien el Patrocinador del Plan proporcione la PHI recibida del Plan, acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a dicha PHI;
3. Establecer protecciones para la información, incluyendo sistemas de seguridad para el procesamiento y almacenamiento de datos;
4. Mantener la confidencialidad de toda la PHI, a menos que una persona dé su consentimiento o autorización específicos para divulgar dichos datos o que los datos se utilicen para el pago de la atención médica o las operaciones del Plan;
5. Recibir PHI, en ausencia de la autorización expresa de un individuo, solo para llevar a cabo funciones de administración del Plan;
6. No usar ni divulgar PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados del Patrocinador del Plan, excepto de conformidad con una autorización que cumpla con los requisitos de las normas de privacidad;
7. Informar al Plan de cualquier uso o divulgación de la PHI que sea inconsistente con los usos o divulgaciones proporcionados de los cuales el Patrocinador del Plan tenga conocimiento;
8. Poner a disposición la PHI de acuerdo con la sección 164.524 de las normas de privacidad (45 CFR 164.524);
9. Poner a disposición la PHI para su modificación e incorporar cualquier modificación a la PHI de acuerdo con la sección 164.526 de las normas de privacidad (45 CFR 164.526);
10. Poner a disposición la información requerida para proporcionar una contabilidad de las divulgaciones de acuerdo con la sección 164.528 de las normas de privacidad (45 CFR 164.528);

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

11. Poner sus prácticas, libros y registros internos relacionados con el uso y la divulgación de la PHI recibida del Plan a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("HHS"), o cualquier otro funcionario o empleado del HHS a quien se le ha delegado la autoridad involucrada, con el fin de determinar el cumplimiento por parte del Plan con la parte 164, subparte E, de las normas de privacidad (45 CFR 164.500 et seq);
12. Informar al Plan sobre cualquier uso o divulgación inconsistente de la PHI de la que tenga conocimiento el Patrocinador del Plan
13. Capacitar a los empleados en los requisitos de protección de la privacidad y nombrar un coordinador de cumplimiento de la privacidad responsable de dichas protecciones;
14. Si es factible, devolver o destruir toda la PHI recibida del Plan que el Patrocinador del Plan todavía mantenga en cualquier forma y no conservar copias de dicha PHI cuando ya no se necesite para el propósito para el cual se hizo la divulgación, excepto que, si dicha devolución o destrucción es no es factible, limitar los usos y divulgaciones adicionales a aquellos fines que hacen que la devolución o destrucción de la PHI no sea factible; y
15. Garantizar que se establezca una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan, como se requiere en la sección 164.504(f)(2)(iii) de las normas de privacidad (45 CFR 164.504(f)(2)(iii)), de la siguiente manera:
 - a. Los siguientes empleados, o clases de empleados, u otras personas bajo el control del Patrocinador del Plan, tendrán acceso a la PHI que se divulgará:
 - i. Oficial de Cumplimiento de Privacidad: el acceso a y uso de la PHI por parte de las personas descritas anteriormente estará restringido a las funciones de administración del plan que el Patrocinador del Plan realiza para el Plan.
 - b. En caso de que alguna de las personas descritas anteriormente no cumpla con las disposiciones de los documentos del Plan relacionadas con el uso y la divulgación de la PHI, el Administrador del Plan impondrá sanciones razonables según sea necesario, a su discreción, para garantizar que no se produzcan más incumplimientos. El Administrador del Plan informará de inmediato dicha violación o incumplimiento al Plan y cooperará con el Plan para corregir la violación o el incumplimiento e imponer las medidas o sanciones disciplinarias correspondientes. Dichas sanciones se impondrán progresivamente (por ejemplo, advertencia oral, advertencia escrita, tiempo libre sin goce de sueldo y despido), si corresponde, y se impondrán de manera que sean proporcionales a la gravedad de la infracción.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Divulgación de Información de Salud Resumida al Patrocinador del Plan**

El Plan puede divulgar PHI al Patrocinador del Plan del plan de salud grupal para fines de administración del plan o de conformidad con una solicitud de autorización firmada por el Participante del Plan. El Plan puede usar o divulgar "información de salud resumida" al Patrocinador del Plan para obtener ofertas de primas o modificar, enmendar o cancelar el plan de salud grupal.

Divulgación de Cierta Información de Inscripción al Patrocinador del Plan

De conformidad con la sección 164.504(f)(1)(iii) de las normas de privacidad (45 CFR 164.504(f)(1)(iii)), el Plan puede divulgar al Patrocinador del Plan información sobre si una persona participa en el Plan o si está inscrita o se ha dado de baja de un emisor de seguro médico u organización de mantenimiento de la salud que ofrece el Plan al Patrocinador del Plan.

Divulgación de la PHI para obtener Cobertura para Limitar Pérdidas o Exceso de Pérdida

Por la presente, el Patrocinador del Plan puede autorizar e indicar al Plan, a través del Administrador del Plan o el administrador externo, que divulgue la PHI a aseguradoras de límite de pérdida, aseguradoras de exceso de pérdida o aseguradores generales gerentes ("MGU") para fines de suscripción y otros fines a fin de obtener y mantener una cobertura de límite de pérdida o exceso de pérdida relacionada con reclamos de beneficios bajo el Plan. Dichas divulgaciones se realizarán de acuerdo con las normas de privacidad.

Otras Divulgaciones y Usos de PHI:

Usos y divulgaciones permitidos de PHI

1. **Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica:** El Plan tiene derecho a usar y divulgar la PHI de un Participante del Plan para todas las actividades incluidas en las definiciones de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica y de conformidad con la Regla de Privacidad de HIPAA.
2. **Socios Comerciales:** el Plan contrata a personas y entidades (Socios Comerciales) para realizar diversas funciones en su nombre. En el desempeño de estas funciones o para prestar servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán PHI, pero solo después de que el Plan y el Socio Comercial acuerden por escrito los términos del contrato que requieren que el Socio Comercial proteja adecuadamente la información del Participante del Plan.
3. **Otras Entidades Cubiertas:** el Plan puede divulgar la PHI para ayudar a los Proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o pago o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con las actividades de pago y ciertas operaciones de atención médica. Por ejemplo, el Plan puede divulgar PHI a un Proveedor de atención médica cuando el Proveedor lo necesite para brindar tratamiento a un Participante del Plan, y el Plan puede divulgar PHI a otra

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

entidad cubierta para realizar operaciones de atención médica. El Plan también puede divulgar o compartir PHI con otras aseguradoras (como Medicare, etc.) para coordinar beneficios, si un Participante del Plan tiene cobertura a través de otra aseguradora.

Otros usos y divulgaciones permitidos de PHI

1. **Requerido por ley:** el Plan puede usar o divulgar la PHI cuando lo exija la ley, siempre que el uso o la divulgación cumpla con los requisitos pertinentes de dicha ley y se limite a ellos.
2. **Salud Pública y Seguridad:** el Plan puede usar o divulgar PHI cuando esté permitido para fines de actividades de salud pública, incluidas las divulgaciones a:
 - una autoridad de salud pública u otra autoridad gubernamental apropiada autorizada por ley para recibir informes de abuso infantil, negligencia o violencia doméstica;
 - informar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos regulados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos u otras actividades relacionadas con la calidad, seguridad o eficacia de productos o actividades regulados por la FDA;
 - ubicar y notificar a las personas sobre retiros del mercado de productos que puedan estar usando; y
 - una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otro modo puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición, si lo autoriza la ley.
3. El Plan puede divulgar PHI a una autoridad gubernamental, a excepción de los informes de abuso o negligencia infantil permitidos por (5) anterior, cuando lo exija o lo autorice la ley, o con el acuerdo del Participante del Plan, si el Plan cree razonablemente que él/ella es un víctima de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar. En tal caso, el Plan informará de inmediato al Participante del Plan que se ha realizado o se realizará dicha divulgación, a menos que el Plan crea que informarlo le pondría en riesgo de sufrir daños graves (pero solo a alguien en posición de ayudar a prevenir la amenaza). En general, la divulgación se puede hacer a los padres u otros representantes de un menor, aunque puede haber circunstancias bajo leyes estatales o federales en las que los padres u otros representantes no tengan acceso a la PHI del menor.
4. **Actividades de vigilancia de la salud:** el Plan puede divulgar PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por ley. Esto incluye investigaciones civiles, administrativas o penales; inspecciones; auditorías de reclamos; licencia o acciones disciplinarias; y otras actividades necesarias para la supervisión adecuada de un sistema de atención médica, un programa de atención médica del Gobierno y el cumplimiento de ciertas leyes.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

5. Demandas y Disputas: el Plan puede divulgar PHI cuando sea necesario para procedimientos judiciales o administrativos. Por ejemplo, la PHI del Participante del Plan puede divulgarse en respuesta a una citación, solicitudes de descubrimiento u otros procesos legales requeridos cuando el Plan recibe garantías satisfactorias de que la parte solicitante ha hecho un intento de buena fe de informar al Participante del Plan de la solicitud o para obtener una orden que proteja dicha información y hacerlo de conformidad con las garantías procesales especificadas.
6. Cumplimiento de la ley: el Plan puede divulgar PHI a un funcionario de las fuerzas del orden cuando sea necesario para fines de cumplimiento de la ley relacionados con la identificación o localización de un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida. En determinadas circunstancias, el Plan puede divulgar la PHI del Participante del Plan en respuesta a la solicitud de un funcionario de las fuerzas del orden si él/ella es, o se sospecha que es, víctima de un delito y si cree de buena fe que la PHI constituye evidencia de conducta criminal que ocurrió en las instalaciones del Patrocinador o del Plan.
7. Fallecidos: el Plan puede divulgar la PHI a un médico forense, director de una funeraria o examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte o según sea necesario para llevar a cabo sus funciones según lo autorice la ley. El Plan también puede divulgar, según lo autorice la ley, PHI a organizaciones que manejan la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
8. Investigaciones: el Plan puede usar o divulgar PHI para investigación, sujeto a ciertas condiciones limitadas.
9. Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad: el Plan puede divulgar PHI de acuerdo con la ley aplicable y los estándares de conducta ética, si el Plan, de buena fe, cree que el uso o la divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza a la salud o la seguridad de una persona o del público.
10. Compensación laboral: el Plan puede divulgar PHI cuando lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con la compensación laboral u otros programas similares establecidos por ley.
11. Reclusos: el Plan puede divulgar PHI cuando a la institución correccional o al funcionario de las fuerzas del orden para: que la institución brinde atención médica al Participante del Plan; la salud y seguridad del Participante del Plan y la salud y seguridad de los demás; o la seguridad y protección de la institución correccional.
12. Seguridad nacional y militar: el Plan puede divulgar la PHI a autoridades militares del personal de las fuerzas armadas en determinadas circunstancias. Según lo autorice la ley, el Plan puede divulgar la PHI requerida para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional a funcionarios federales autorizados.
13. Situaciones de emergencia: el Plan puede divulgar PHI en una situación de emergencia, o si el Participante del Plan está incapacitado o no está presente, a un familiar, amigo personal cercano, agencia autorizada de ayuda en casos de desastre o cualquier otra persona previamente identificada por usted. El Plan utilizará el juicio profesional y la experiencia para determinar si la divulgación es lo mejor

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

para el Participante del Plan. Si la divulgación es en el mejor interés del Participante del Plan, el Plan solo divulgará la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en la atención del Participante del Plan.

14. Actividades para recaudar fondos: el Plan puede divulgar PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o una entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si el Plan no se comunica con el Participante del Plan para actividades de recaudación de fondos, el Plan le dará al Participante del Plan la oportunidad de optar por no recibir tales comunicaciones en el futuro, o dejar de recibirlas.
15. Divulgaciones del plan de salud grupal: el Plan puede divulgar PHI a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad, que brinda un programa de atención médica al Participante del Plan. El Plan puede divulgar PHI a esa entidad si esa entidad ha contratado al Plan para administrar el programa de atención médica del Participante del Plan en su nombre.
16. A los fines de suscripción: el Plan puede divulgar PHI con fines de suscripción, como para tomar una determinación sobre una solicitud o solicitud de cobertura. Si el Plan no divulga la PHI del Participante del Plan con fines de suscripción, el Plan tiene prohibido usar o divulgar en el proceso de suscripción la PHI que es información genética.

Usos y Divulgaciones de PHI que Requieren Autorización

1. Venta de PHI: el Plan solicitará una autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de PHI, lo que significa que el Plan está recibiendo una compensación por divulgar la PHI de esa manera.
2. Marketing: el Plan solicitará una autorización por escrito para usar o divulgar PHI con fines de marketing con excepciones limitadas, como cuando el Plan tiene comunicaciones de marketing cara a cara con el Participante del Plan o cuando el Plan ofrece obsequios promocionales de valor nominal.
3. Notas de psicoterapia: el Plan solicitará una autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de las notas de psicoterapia del Participante del Plan que puedan estar archivadas con excepciones limitadas, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operación de atención médica.

Otros usos y divulgaciones de PHI que no se describen anteriormente se realizarán solo con autorización por escrito. Si el Participante del Plan proporciona al Plan dicha autorización, puede ser revocada por escrito y la revocación será efectiva para futuros usos y divulgaciones de PHI. Sin embargo, la revocación no será efectiva para la información que el Plan ya utilizó o divulgó, con base en la autorización.

Divulgaciones Requeridas de PHI

1. Divulgaciones a Participantes del Plan: el Plan está obligado a divulgar a un Participante del Plan la mayor parte de la PHI en un Conjunto de Registro Designado cuando el Participante del Plan solicita acceso a esta información. El Plan divulgará la PHI de un Participante del Plan a una persona que haya sido

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

asignada como su representante y que haya calificado para tal designación de acuerdo con la ley estatal pertinente. Antes de la divulgación a un individuo calificado como representante personal, el Plan debe recibir documentación de respaldo por escrito que establezca la base de la representación personal.

El Plan puede optar por no tratar a la persona como representante personal del Participante del Plan si cree de manera razonable que el Participante del Plan ha sido o puede ser objeto de violencia intrafamiliar, abuso o negligencia por parte de dicha persona, no es en beneficio del Participante del Plan tratar a la persona como su representante personal, o tratar a dicha persona como su representante personal podría poner en peligro al Participante del Plan.

1. Divulgaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.: el Plan está obligado a divulgar la PHI del Participante del Plan al Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los EE. UU. cuando el Secretario esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con la Regla de Privacidad de HIPAA.
2. Socios Comerciales: el Plan contrata a personas y entidades (Socios Comerciales) para realizar diversas funciones en su nombre. En el desempeño de estas funciones o para prestar servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán PHI, pero solo después de que el Plan y el Socio Comercial acuerden por escrito los términos del contrato que requieren que el Socio Comercial proteja adecuadamente la información del Participante del Plan.
3. Otras Entidades Cubiertas: el Plan puede divulgar la PHI para ayudar a los Proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o pago o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con las actividades de pago y ciertas operaciones de atención médica. Por ejemplo, el Plan puede divulgar PHI a un Proveedor de atención médica cuando el Proveedor lo necesite para brindar tratamiento a un Participante del Plan, y el Plan puede divulgar PHI a otra entidad cubierta para realizar operaciones de atención médica. El Plan también puede divulgar o compartir PHI con otras aseguradoras (como Medicare, etc.) para coordinar beneficios, si un Participante del Plan tiene cobertura a través de otra aseguradora.

Posible Impacto de Leyes Estatales

Las reglamentaciones de la Regla de Privacidad de la HIPAA generalmente no "suplantán" (o tienen prioridad sobre) la privacidad estatal u otras leyes aplicables que brindan a las personas mayores protecciones de la privacidad. Como resultado, en la medida en que se aplique la ley estatal, las leyes de privacidad de un estado en particular u otras leyes federales, en lugar de las reglamentaciones de la Regla de Privacidad de la HIPAA, podrían imponer un estándar de privacidad bajo el cual el Plan deberá operar. Por ejemplo, cuando se hayan promulgado tales leyes, el Plan seguirá leyes estatales de privacidad más estrictas que se relacionen con los usos y divulgaciones de la PHI en relación con el VIH o el SIDA, la salud mental, el abuso de sustancias/dependencia química, las pruebas genéticas, los derechos reproductivos, etc.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Derechos de las Personas**

El Participante del Plan tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

1. **Solicitar Restricciones:** el Participante del Plan tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación de la PHI para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. El Participante del Plan puede solicitar que el Plan restrinja las divulgaciones a miembros de la familia, parientes, amigos u otras personas identificadas por él/ella que estén involucradas en su atención o en el pago de su atención. El Plan no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas.
2. **Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales:** el Participante del Plan tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones sobre su PHI de cierta manera o en un lugar determinado. La solicitud debe hacerse por escrito y cómo le gustaría ser contactado al Participante del Plan. El Plan acomodará todas las solicitudes razonables.
3. **Copia de este Aviso:** el Participante del Plan tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento de Privacidad.
4. **Rendición de cuentas de divulgaciones:** el Participante del Plan tiene derecho a solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones que el Plan ha hecho de su PHI. La solicitud debe hacerse por escrito y no se aplica a divulgaciones para operaciones de tratamiento, pago, atención médica y ciertos otros fines. El Participante del Plan tiene derecho a dicha rendición de cuentas durante los seis (6) años anteriores a su solicitud, aunque no antes del 14 de abril de 2003. Salvo lo dispuesto a continuación, para cada divulgación, la rendición de cuentas incluirá: (a) la fecha de la divulgación, (b) el nombre de la entidad o persona que recibió la PHI y, si se conoce, la dirección de dicha entidad o persona; (c) una descripción de la PHI divulgada, (d) una declaración del propósito de la divulgación que informe razonablemente al Participante del Plan sobre la base de la divulgación y cierta otra información. Si el Participante del Plan desea realizar una solicitud, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento de Privacidad.
5. **Acceso:** el Participante del Plan tiene derecho a solicitar la oportunidad de ver u obtener copias de la PHI mantenida por el Plan sobre él/ella en ciertos registros mantenidos por el Plan. Si el Participante del Plan solicita copias, se le puede cobrar una tarifa para cubrir los costos de copiado, envío por correo y otros suministros. Para inspeccionar o copiar la PHI, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento de Privacidad. En circunstancias muy limitadas, el Plan puede denegar la solicitud del Participante del Plan. Si el Plan niega la solicitud, el Participante del Plan puede tener derecho a una revisión de esa denegación.
6. **Enmienda:** el Participante del Plan tiene derecho a solicitar que el Plan cambie o modifique su PHI. El Plan se reserva el derecho de exigir que esta solicitud sea por escrito. Envíe la solicitud al Coordinador de Cumplimiento de Privacidad. El Plan puede denegar la solicitud del Participante del Plan en ciertos casos, incluso si no es por escrito o si él/ella no brinda una razón para la solicitud.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Preguntas o Quejas**

Si el Participante del Plan desea obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan, tiene preguntas o inquietudes, o cree que el Plan puede haber violado sus derechos de privacidad, comuníquese con el Plan utilizando la siguiente información. El Participante del Plan puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o al Plan. El Plan proporcionará al Participante del Plan la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si así lo solicita.

El Plan no tomará represalias contra el Participante del Plan por presentar una queja ante el Plan o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Información de contacto:

Información de contacto del Oficial de Cumplimiento de Privacidad:

Tammy Gifford, Oficial de Cumplimiento

1908 N. Laurent, Suite 250 Victoria, TX 77901

Línea gratuita: (888) 418-1566

tgifford@txihp.com

Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Texas Independence Health Plan tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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 la información completa de sus médicos y de otros proveedores de 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.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo 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 rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. 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.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse en caso de no poder tomar decisiones médicas por sí 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:

- Completar 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.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un 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.
- **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. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- El hospital 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.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la oficina del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas al 1-800-942-5540, la Junta Médica de Texas al 512-305-7030 (fuera de Texas) o al 800-248-4062 (dentro de Texas), o la Oficina del Fiscal General de Texas al 512-463-2100.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de

lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

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, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o 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.**
- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 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.**
- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Sus derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1 tiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo dándoles información, haciendo preguntas y cumpliendo con su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de 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 tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **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 otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas del plan.
 - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro 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.
 - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio del plan, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

*Qué debe hacer si tiene un problema
o 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

Sección 1.1	Qué 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 problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominado reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

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 facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa 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 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. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se presentan dos entidades que pueden ayudarle.

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

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle 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 de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y los URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

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

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

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

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.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos o servicios médicos y/o medicamentos con receta de la Parte D) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya directamente 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.**

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones****Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama completo**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura para su atención médica (servicios y artículos médicos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general hacemos referencia a artículos y servicios médicos, y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

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 su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un médico especialista dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, salvo que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar de este médico especialista o que la Evidencia de Cobertura deje en claro que el servicio remitido nunca esté cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no tiene la certeza de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que cubriremos y cuánto pagaremos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede apelar.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias,

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

que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, hacemos una revisión de la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Una vez completada la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 en manos una organización de revisión independiente que no tiene ninguna conexión con nosotros.

- Usted no tiene que hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 2.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, debe solicitar una apelación de Nivel 2. Encontrará más información sobre las apelaciones relacionadas con los medicamentos de la Parte D en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	--

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

- **Puede llamarnos a Servicios para los miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer la solicitud en representación suya.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá estar designado como su representante. Llame a Servicios para los Miembros y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El

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

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.txindependencehealthplan.com).

- Para atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en representación suya. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada para recetar puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en representación suya. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada para recetar puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en representación suya.** 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.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros 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.txindependencehealthplan.com). El formulario le da permiso a esa persona para actuar en representación suya. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Tiene que darnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión hasta que lo recibamos. 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 desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** 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 pedir a algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3

¿En qué sección de este capítulo se dan detalles para su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

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

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Aplica únicamente a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)*)

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

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

Sección 5.1 En esta sección le indicamos 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 atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección le indicamos qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de estas cinco situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere prestarle y usted cree que este tipo de atención tiene cobertura del plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

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

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. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
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. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales

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

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

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

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

- *Solo* puede solicitar cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de usar a los plazos estándar podría *perjudicar gravemente su salud o su capacidad física*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted nos pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explique que usaremos los plazos estándar.
 - Se explique que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.

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

- Se explique 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.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea recibir. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 está la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto 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**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos 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. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida usamos un plazo acelerado

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 usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **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 lo hicimos.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos reconsiderar la decisión. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina reconsideración del plan.
--

Una apelación rápida también se denomina reconsideración acelerada .

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

Una apelación estándar en general se hace dentro de los 30 días o los 7 días para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida por lo general se hace dentro de las 72 horas.

- 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. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos 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 5.2 de este capítulo.

Paso 2: solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si está solicitando una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2 está la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 está la información de contacto.
- **Debe realizar 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 la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo del retraso cuando presente su

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

apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos que se hayan seguidos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

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

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos 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. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término Legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces se le denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

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

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente del caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- 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 toda la información relacionada con su apelación.

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

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado 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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para 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** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado 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 estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **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 un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura

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

de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama **ratificar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde:

- Se explique su decisión
- Se le notifique sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
- Se le explique cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea seguir adelante 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 desea seguir adelante con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez del fuero administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

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?
--------------------	---

En el Capítulo 7 se describe cuándo 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 tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó tiene cobertura. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aprobamos su solicitud:** si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por la atención médica y los motivos.

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

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. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta que:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 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 Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1	En esta sección se 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
--------------------	---

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (En el Capítulo 5 tiene más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, reglas, restricciones y costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en esta sección nos referimos a *medicamento* en general en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

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

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

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término Legal

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación 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 medicamentos. En esta sección se le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera estas situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya compró. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

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

En esta sección se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.

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.

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona para recetar tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada para recetar pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra “Lista de medicamentos”.** Si acordamos cubrir un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra “Lista de medicamentos”.

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 para recetar debe 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 para recetar cuando pida la excepción.

La “Lista de medicamentos” normalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

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, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción****Término Legal**

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de **las 72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de **las 24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándar podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico u otra persona autorizada para recetar nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted nos pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o la persona autorizada para recetar, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explique que usaremos los plazos estándar.
 - Se explique que si su médico o persona autorizada para recetar pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Se explique 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. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea recibir. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de *solicitud de*

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

determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2 está la información de contacto. Las solicitudes de determinación de cobertura también se pueden presentar electrónicamente en www.txindependencehealthplan.com. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada para recetar) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en representación suya. En la Sección 4 de este capítulo se le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico o la persona autorizada para recetar puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada que le extendió la receta puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de 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 apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **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 denegamos 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

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

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

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar 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 denegamos 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 apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **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 denegamos 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.

Paso 4: si denegamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos reconsiderar la decisión. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales
<p>Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.</p> <p>Una apelación rápida también se denomina redeterminación acelerada.</p>

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

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

Una apelación estándar en general se hace dentro de los 7 días. Una apelación rápida por lo general se hace dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida

- 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 para recetar 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: usted, su representante, su médico u otra persona autorizada para recetar debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. En el Capítulo 2 está la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-866-213-1594.** En el Capítulo 2 está la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de *solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Las solicitudes de apelación también pueden presentarse electrónicamente en www.txindependencehealthplan.com
- **Debe realizar 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 la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si 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 y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando evaluamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos que se hayan seguidos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada para recetar para obtener más información.

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

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - 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. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué lo hicimos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - 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. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si denegamos 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 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.
- **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 denegamos 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.

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

Paso 4: si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

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

Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Término Legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es entidad de revisión independiente . A veces se le denomina IRE (del inglés Independent Review Entity).

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

Paso 1: usted (o su representante, médico u otra persona autorizada para recetar) debe contactarse con la organización de revisión independiente y solicitar la 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. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **en riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente del caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.

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

- Si la organización 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.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, 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.

Paso 3: la organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **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.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **ratificar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde:

- Se explique su decisión.
- Se le notifique sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamento que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Se le indique el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

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

Paso 4: si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea seguir adelante 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 desea continuar con una apelación de Nivel 3, 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 del fuero administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están 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.

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. 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 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.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos
--

Dentro de los dos días de ser admitido en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *An Important Message from Medicare about Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Allí se le indica:
 - su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.

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

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

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 representación suya.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. Guarde su 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 de su fecha de alta, 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 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.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización del Gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Compruebe si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

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

La **Organización para el Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el Gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se presta a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare about Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad *antes* de dejar el hospital y **no más tarde de la medianoche del día de su alta**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
 - **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 no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso se le indica su fecha de alta planificada y se explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para los miembros o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree 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.
- Para el mediodía del día siguiente en que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le da su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir proporcionando sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que estos servicios 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.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión dice que *no*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados terminarán** al mediodía del día *siguiente* a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a 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 la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad dijo que *no* a 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.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que vuelva a revisar su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad dijo que *no* a 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 el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán 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 el Mejoramiento de Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- 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. Esto se llama ratificar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

Paso 4: si la respuesta es no, tendrá que decidir si desea continuar con su apelación pasando al 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 desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez del fuero administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 con el objetivo de cambiar la fecha del alta hospitalaria?
--------------------	--

Término Legal

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina apelación acelerada .

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 sobre la fecha de alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, 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 hacer una apelación *alternativa* de nivel 1

Paso 1: contáctenos y solicite una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2 está la información de contacto.

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.

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

Paso 3: le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una revisión rápida

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean 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**, 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.

Paso 4: si rechazamos su apelación, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es entidad de revisión independiente . A veces se le denomina IRE (del inglés Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos automáticamente su caso 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. En la Sección 10 de este capítulo se 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.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.

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

- Si esta organización **acepta su apelación**, debemos reembolsarle 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 en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejada por un juez del fuero administrativo o abogado mediador.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige 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 a una apelación de Nivel 3.
- En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	--

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio cubiertos, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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.** En esta sección se le indica cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura****Término Legal**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. 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.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una "apelación acelerada" para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
- 2. Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

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.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización del Gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para el Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el Gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: haga su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de 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 el Mejoramiento de 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 el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una **revisión independiente de su caso**.

Término Legal
“Explicación detallada de no cobertura”. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree 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 en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** donde se explica en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: dentro de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.

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

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- 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 Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después de* la fecha en que dijimos que su cobertura final.

Paso 1: comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para el Mejoramiento de 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 el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?

- **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.
- 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 del fuero administrativo o abogado mediador.

Paso 4: si la respuesta es no, tendrá que decidir si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez del fuero administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de 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.*

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

Paso a paso: cómo hacer una apelación *alternativa* de nivel 1

Término Legal

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina apelación acelerada .

Paso 1: contáctenos y solicite una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2 está la información de contacto.

Paso 2: hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Verificamos que se hayan seguidos todas las reglas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una "revisión rápida"

- **Si aceptamos su apelación,** 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,** 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 Ambulatorios (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 apelación.

Término Legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es entidad de revisión independiente . A veces se le denomina IRE (del inglés Independent Review Entity).

Paso a paso: proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

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

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

debería cambiarse. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para ser encargarse de la tarea de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviamos automáticamente su caso 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. En la Sección 10 de este capítulo se 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.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle 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 una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez del fuero administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**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. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará 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 del fuero administrativo o abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez del fuero administrativo o abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez del fuero administrativo o abogado 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 la atención médica en cuestión.
- **Si el juez del fuero administrativo o abogado 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. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

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.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica 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 dice que no a su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

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.

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

Apelación de Nivel 3 Un juez del fuero administrativo o abogado 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.** Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que fue aprobada por el juez del fuero administrativo o abogado 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. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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.** 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 rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

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

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

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

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos 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. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluso atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o le ha faltado el respeto? • ¿No está conforme con nuestros Servicios para los miembros? • ¿Le parece que le están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O por nuestro Departamento de Servicios para los miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha pedido que le demos una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Sección 10.3 Paso a paso: presentar una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

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

- **Quejas estándar:** para usar nuestros procedimientos formales para responder a las quejas, puede llamar a Servicios para los miembros para presentar una queja verbalmente, o puede enviar su queja por escrito a nuestra dirección indicada en el Capítulo 2, Sección 1. Una vez que recibamos su queja, haremos una investigación. Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitar información adicional. Una vez que lleguemos a una conclusión, le notificaremos verbalmente o por escrito si recibimos su solicitud por escrito, si solicitó una respuesta por escrito o si su queja involucra inquietudes sobre la calidad de la atención. Nuestra conclusión debe llegarle dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de su queja. Sin embargo, algunos casos pueden requerir tiempo adicional. En esos casos, le notificaremos por escrito nuestra necesidad de catorce (14) días calendario adicionales para llegar a una conclusión cuando el tiempo adicional sea lo mejor para usted.
- **Quejas aceleradas:** puede presentar una queja acelerada verbalmente o por escrito si no está de acuerdo con nuestra decisión de no realizar una determinación acelerada de organización/cobertura o una redeterminación/reconsideración acelerada. Puede presentar una queja acelerada si no está de acuerdo con la decisión del plan de solicitar una extensión de catorce (14) días calendario para tomar una decisión sobre una determinación de la organización, determinación de cobertura, reconsideración, redeterminación o queja estándar. Puede solicitar una queja acelerada comunicándose con Servicios para los miembros al (833) 471-8447 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al (833) 414-8447. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.
- El **plazo** para presentar una denuncia es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema del que desea quejarse.

Paso 2: 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.
- **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 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.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se queja, lo haremos incluir nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad**

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de 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. En el Capítulo 2 está la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Texas Independence Health Plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía
en el plan*

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Texas Independence Health Plan puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. En las Secciones 2 y 3 se proporciona información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. En la Sección 5 se describen situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en cualquier momento
--

Usted puede cancelar su membresía en Texas Independence Health Plan en cualquier momento.

- Porque vive en un hogar de ancianos, usted puede cancelar su membresía en Texas Independence Health Plan en cualquier momento.
- Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si elige esta opción, 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 la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

- **Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan**Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?**

Si tienes alguna pregunta acerca de finalizar su membresía puede:

- **Llamar a Servicios para los miembros.**
- Buscar la información en el manual *Medicare y usted 2024*.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

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:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Texas Independence Health Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en Texas Independence Health Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para los miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en Texas Independence Health Plan cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que su membresía finalice y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo servicios médicos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará 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 Texas Independence Health Plan debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

Texas Independence Health Plan debe cancelar su membresía en el plan en estas situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame 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.
- Usted no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan.
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe vivir en un hogar de ancianos disponible a través de nuestro plan. Consulte el Directorio de proveedores del plan para obtener una lista de nuestros hogares de ancianos o centros de cuidados a largo plazo con contrato o llame a Servicios para los miembros y solicite que le enviemos una lista (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya 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 proporciona cobertura para medicamentos con receta.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- 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 continuamente se comporta de manera perturbadora y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permite 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 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 preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía llame a Servicios para los miembros.

Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud
--------------------	--

Texas Independence Health Plan no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas al día, 7 días a la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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 comunicarle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normativas creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, 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. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, en Servicios para los miembros pueden ayudarle.

SECCION 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 CFR, Texas Independence Health Plan 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.

SECCIÓN 4 Derechos de subrogación y responsabilidad frente a terceros

Si le hacemos algún pago a usted o en su nombre por los servicios cubiertos, tenemos derecho a subrogarnos por completo en todos y cada uno de los derechos que tiene contra cualquier persona, entidad o aseguradora que pueda ser responsable del pago de los gastos médicos y/o beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o afección.

Tenemos derecho a ejercer los mismos derechos de subrogación y recuperación que se otorgan al Programa de Medicare según las Reglas del pagador secundario de Medicare. Una vez que hayamos realizado un pago por los servicios cubiertos, tendremos un derecho de retención sobre el producto de cualquier sentencia, acuerdo u otra adjudicación o recuperación que reciba, incluidos, entre otros, los siguientes:

1. Cualquier adjudicación, liquidación, beneficios u otros montos pagados en virtud de cualquier ley o adjudicación de compensación laboral;
2. Todos y cada uno de los pagos realizados directamente por o en nombre de una entidad externa;
3. Cualquier laudo arbitral, pagos, acuerdos, acuerdos estructurados u otros beneficios o montos pagados en virtud de una póliza de cobertura de motorista sin seguro o con seguro insuficiente; o
4. Cualquier otro pago designado, asignado o destinado a ser pagado a usted como compensación o restitución, por su lesión, enfermedad o afección sufrida como resultado de la negligencia o responsabilidad de un tercero.

Usted acepta cooperar con nosotros y cualquiera de nuestros representantes y tomar las medidas o pasos necesarios para garantizar nuestro derecho de retención, incluidos, entre otros:

1. Responder a solicitudes de información sobre accidentes o lesiones;
2. Responder a nuestras solicitudes de información y proporcionar cualquier información relevante que hayamos solicitado; y
3. Participar en todas las fases de cualquier acción legal que comencemos para proteger nuestros derechos; incluyendo pero no limitado a participar en el descubrimiento, asistir a las deposiciones y comparecer y testificar en el juicio.

SECCIÓN 5 Aviso sobre recuperación de sobrepago

Si los beneficios pagados por esta Evidencia de Cobertura, más los beneficios pagados por otros planes, exceden la cantidad total de gastos, nuestro plan tiene derecho a recuperar la cantidad de ese pago en exceso de entre uno o más de los siguientes: (1) cualquier persona a quien o para quien se hayan realizado dichos pagos; (2) otros Planes; o (3) cualquier otra

Capítulo 11 Avisos legales

entidad a la que se hayan realizado dichos pagos. Este derecho de recuperación se ejercerá a discreción de nuestro plan.

Deberá ejecutar todos los documentos y cooperar con Texas Independence Health Plan para garantizar su derecho a recuperar dichos sobrepagos, previa solicitud de Texas Independence Health Plan.

SECCIÓN 6 Información farmacéutica

Los nombres de medicamentos enumerados en este y en cualquier otro documento del Plan son marcas registradas y/o no registradas de compañías farmacéuticas externas que no están relacionadas con ni afiliadas a Texas Independence Health Plan. Incluimos estas marcas registradas aquí solo con fines informativos y no implican ni sugieren afiliación entre el patrocinador del plan y dichas compañías farmacéuticas de terceros.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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.

Período de inscripción anual: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta o pago 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.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Texas Independence Health Plan, solo tiene que pagar los montos de participación en los costos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** o le cobren más de la cantidad de costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Período de beneficios: la manera en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a base de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros fármacos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares generalmente son tan eficaces y seguros como los productos biológicos originales.

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..

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$8.000 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted no paga nada.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales de Atención Crónica: Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones habitualmente comórbidas y vinculadas a cuadros clínicos, que se especifican en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresada como porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar los deducibles.

Queja: el nombre formal de **presentar una queja** es interponer un reclamo. El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos 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 usted recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, COF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, 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.

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 una cantidad fija (por ejemplo \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartido: los costos compartidos se refieren a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es además de la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen 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.

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 documento.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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.

Cuidado de compañía: el cuidado de compañía es la atención personal brindada en un hogar de ancianos, programa de hospicio u otro tipo de entorno similar cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializadas. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y usar 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.

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. Por 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.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

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, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad del individuo.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, EMD): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Por ejemplo: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa,

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé nonato), pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

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 nuestro formulario (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 nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Ayuda adicional: un programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y suele ser más económico.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que 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).

Hospicio: un beneficio que proporciona un trato especial a un miembro que haya sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica. Si opta por un programa de hospicio y continúa pagando las primas, sigue

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando se le ha ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, 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.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre durante el año, alcancen los \$5.030.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza el 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan 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 pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados y/o centros aprobados por CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención de la salud similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan en la comunidad, pero que requieren un nivel institucional de atención sobre la base de una evaluación estatal. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectiva y administrada por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar una prestación uniforme de atención especializada.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consultar “Ayuda adicional”.

Monto máximo de desembolso personal: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que usted paga por su prima del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y costos de medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para su gasto máximo de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

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.

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).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período que va del 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) HMO, ii) PPO, iii) plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

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

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que han llegado a la etapa del período sin cobertura y que no están recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

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. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, 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).

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Medicare Parte D): 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.

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 Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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).

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.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los 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 documento.

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 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. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica donde acepten Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

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

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni están operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos arriba. 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.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina [apoyos y servicios médicos, sociales y a largo plazo \(LTSS\)](#) para personas vulnerables de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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.

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 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 gastos directos de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los gastos directos de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a aseguradora o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y ortesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, los siguientes: aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de 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.

Límites de cantidad: una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática donde los afiliados pueden buscar información de beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos del afiliado. Esto incluye montos de costo compartido,

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada prestados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de este tipo de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de ancianos o centros de cuidados a largo plazo y que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

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.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicios para los miembros de Texas Independence Health Plan

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-833-471-8447 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-833-414-8447 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 horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-844-593-6221
ESCRIBA A	P.O. Box 981733 El Paso, TX 79998-1733
SITIO WEB	www.txindependencehealthplan.com

Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) – (SHIP de Texas)

El Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) North Austin Complex 333 Guadalupe Austin, TX 78701

Método	Información de contacto
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel 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 (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.